

Année 1908

THÈSE

N^o

153

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 mars 1908, à 1 heure

Par M. Félix PATRY

Né à Rouen (Seine-Inférieure), le 25 février 1869

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique.

L'ACROMÉGALIE

AVANT 1885

Président : M. PIERRE MARIE, professeur.

Juges : MM. H. ROGER, professeur.

MARCEL LABBÉ, } *agréés.*
LÉPER, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.
Professeurs MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	{ BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	MARIE (PIERRE).
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	QUENU.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	BALLET (GILBERT)
	ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ HUTINEL.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ BERGER.
	{ RECLUS.
	{ SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BAR.
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JENNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL. <i>Chef des travaux anatomiques</i>
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE M. VICTOR KLOTZ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
1838-1906

A MADAME VICTOR KLOTZ

A SES ENFANTS

Madame,

*L'homme de bien, dont vous portez
fièrement le nom, n'est plus là pour
recevoir ce faible témoignage de ma
reconnaissance. Veuillez accepter, en
son nom, l'hommage de ce modeste
travail comme un gage de mon profond
attachement.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE MARIE

AVANT-PROPOS

Avant d'accomplir, devant la Faculté, notre dernier acte de scolarité, nous tenons à remercier ici ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux de Paris et de Rouen à l'Ecole de médecine de Rouen, à la Faculté de Paris.

A Rouen d'abord, nous avons eu le bonheur de faire nos premiers pas au milieu des malades, à l'Hôtel-Dieu, sous la direction sûre et bienveillante du professeur CERNÉ. Il restera pour nous l'incarnation de la dignité professionnelle, de la conscience chirurgicale. Nous garderons longtemps le souvenir de son enseignement précis et méthodique. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance. Le docteur JEANNE, chirurgien des hôpitaux de Rouen, a su par son brillant enseignement nous faire largement profiter des périodes pendant lesquelles il a remplacé notre maître Cerné. Nous l'en remercions bien vivement.

Notre court séjour à l'Ecole, illustrée par Flaubert le père, nous a fait regretter de ne pouvoir plus longtemps profiter des leçons de MM. BRUNON, BATAILLE, NICOLLE et FRANÇOIS HUE.

A Paris, notre premier et notre dernier maître fut le docteur H. LAMY, médecin de l'hôpital Tenon. C'est dire, à défaut d'autres raisons, en quelle haute estime nous tenons l'Homme et le Médecin.

Le docteur HUCHARD, médecin de l'hôpital Necker, auprès duquel nous avons été stagiaire, nous a fait sentir, par sa vieille pratique et sa science profonde des affections du cœur et des vaisseaux, l'intérêt palpitant que présente chez l'homme l'étude des maladies du système vasculaire. Nous avons eu le bonheur d'être successivement l'externe à Lourcine du docteur THIBIERGE, à Lariboisière du docteur MORAX, aux Enfants-Malades du docteur MARFAN, à Boucicaut des docteurs DOLÉRIS, LETULLE, MICHON, OMBRÉDANNE, à Tenon du docteur LAMY.

Le savant syphiligraphe de St-Louis, le docteur THIBIERGE, sait quel élève dévoué et respectueux de l'enseignement du maître, nous avons été. Quant à l'ophtalmologiste de Lariboisière, le docteur MORAX, il sait quelle admiration nous avons pour lui et pour son service des maladies des yeux, un des plus beaux qui soient en Europe, grâce au talent d'organisation du maître. Le docteur J. CHAILLOUS qui l'assistait a toujours été pour nous un conseiller dévoué, nous lui en exprimons notre reconnaissance. C'est auprès du professeur agrégé MARFAN, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades que nous avons eu le bonheur de nous initier à la médecine infantile. C'est dire les préceptes nets et précis et les vues souvent lumineuses qui ont pu nous frapper. Longtemps, au cours de notre carrière, nous garderons le souvenir de ce service de la diphtérie où le maître a su tout si bien régler ; de ces consultations du jeudi et du samedi, qui sont pour le maître l'occasion de faire profiter ses élèves de sa si remarquable, si profonde et si attrayante érudition clinique et thérapeutique. Nous ne pouvons oublier que dans le service de

M. Marfan il nous a été donné de rencontrer un chef de laboratoire, le docteur M. DEGUY, qui nous a fait profiter de sa science bactériologique avec une bienveillance et une autorité dont nous avons conservé le meilleur souvenir. Le docteur AVIRAGNET, médecin de l'hôpital Bichat a toujours été pour nous un maître bienveillant chaque fois qu'il a remplacé le docteur Marfan. Que le docteur J. RENAULT, sous la direction duquel nous avons été chargé par l'Assistance publique de surveiller l'épidémie de diphtérie survenue en 1904, à la maison de convalescence de la Roche Guyon, reçoive ici l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a dirigé.

Le docteur DOLÉRIS, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine, sait combien nous lui sommes reconnaissant de nous avoir reçu en qualité d'externe dans son ancien service de Boucicaut. C'est à lui que nous devons ce que nous savons de l'art des accouchements et de la gynécologie. Sa célébrité comme gynécologue s'étend assez loin pour que nous soyons fier d'avoir été l'élève d'un tel maître. Le docteur RUDAUX, accoucheur des hôpitaux, a toujours trouvé en nous, quand il a suppléé le docteur Doléris, un élève sachant l'apprécier et l'estimer. A l'hôpital Boucicaut où nous sommes resté trois ans et demi, nous avons pu nous faire admettre comme externe par le savant anatomo-pathologiste, le professeur M. LETULLE ; il sait combien nous lui en avons été reconnaissant ainsi que de l'habileté avec laquelle il a su nous faire profiter des belles ressources de son superbe service. C'est encore à Boucicaut que nous avons été l'externe, à la consultation de chirurgie, successivement

de M. MICHON, chirurgien des hôpitaux et de M. OMBRÉDANNE, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté. M. MICHON, trop souvent appelé par des remplacements dans les autres hôpitaux parisiens, a su, pendant le peu de temps qu'il nous a dirigé, nous faire regretter ses longues et fréquentes absences. Mais son suppléant, le docteur BLANDIN, avec une douceur et une bienveillance si appréciées des malades, nous a fait profiter de son expérience et de sa science, si aimablement, que nous lui en garderons une profonde reconnaissance.

Quant au professeur agrégé OMBRÉDANNE, chirurgien de la consultation de Boucicaut, il sait en quelle haute estime nous tenons son expérience et son habileté professionnelle. L'intérêt que nous prenions à son enseignement nous dirigera encore bien souvent vers son service.

C'est encore à l'hôpital Boucicaut que le professeur agrégé F. BEZANÇON nous a si aimablement reçu à sa consultation de médecine. Nous lui en exprimons notre reconnaissance. Car nous y avons beaucoup appris. Enfin notre externat s'est terminé auprès du Dr H. LAMY, médecin de l'hôpital Tenon ; la bonté du médecin pour ses malades, la bienveillance du maître pour ses élèves ne sont égalées que par la profondeur de sa science clinique, qu'une modestie, digne d'un élève du grand Potain, cache à ceux qui n'ont pas pu ou pas su l'apprécier. Nous regretterons toujours le temps trop court que nous avons passé auprès de lui. M. CASTAIGNE, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, a remplacé M. Lamy pendant quelque temps ; il nous a si vivement intéressé que son départ nous a pénétré de regrets.

Que notre ami le D^r O. CROUZON, chef de clinique de la faculté à l'Hôtel-Dieu veuille bien accepter ici tous nos remerciements pour l'appui et les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer depuis trois ans.

C'est avec un rare bonheur qu'à cette longue liste de maîtres aimés et vénérés nous pouvons ajouter le nom de M. PIERRE MARIE, professeur à Faculté, médecin de Bicêtre. Qu'il daigne accepter ici l'hommage de notre profonde vénération, de notre complète admiration. Il nous a reçu dans son service de Bicêtre, véritable musée de la pathologie du système nerveux, avec une bienveillance que nous n'oublierons pas et dont nous profiterons encore longtemps. Il a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, il sait combien nous lui en sommes reconnaissant, qu'il nous permette de le lui répéter.

Nous ne saurons trop remercier notre ami le D^r Martial Sohier au talent photographique duquel nous devons de pouvoir reproduire aujourd'hui de si belles épreuves des os de Mirbeck.

INTRODUCTION

En essayant cette étude, dont nous devons le titre et le sujet principal au père lui-même de l'acromégalie, au professeur Pierre Marie, nous avons voulu simplement colliger les observations de malades rédigées antérieurement au mémoire paru en avril 1886, dans la *Revue de Médecine*, observations rétrospectivement classées d'ailleurs dans l'acromégalie par M. Pierre Marie lui-même.

Dans le classement de ces observations nous relèverons, chemin faisant, les erreurs de diagnostic, leur excuse ou leur condamnation.

Enfin nous terminerons notre travail par l'étude du dessin d'une superbe bête de crâne trouvée dans l'*Atlas* de Gall, Pl. XLV (édit. 1818) considérée par Gall comme un exemple de retrait du crâne sous l'influence de l'atrophie sénile du cerveau, et nous démontrerons que nous sommes là en face d'une base de crâne acroméganique.

CHAPITRE PREMIER

ACROMÉGALES NON CLASSÉS

Dans ce chapitre prendront rang les observations du malade Mirbeck, successivement relevées par Noël et par Sancerotte, une observation de W. O. Chalk, puis une quatrième observation de Lombroso.

A propos de l'observation de Mirbeck nous donnerons d'après les belles photographies de notre ami, le docteur M. Sohier, des reproductions de la clavicule, du sternum, et de la côte droite, de ce malade. Ces os qui se trouvent ainsi reproduits pour la première fois ont été adressés par M. Sancerotte à l'Académie de médecine qui les envoya au musée Dupuytren.

OBSERVATION NOEL

Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, dédié à son Altesse Monsieur (numéro de mars 1779, t. LI, Paris).

Le sieur Mirbeck, âgé de 27 ans, d'un tempérament flegmatique, grand mangeur, et travaillant beaucoup à l'agriculture, se plaignit de douleurs insupportables, de frémissements et de démangeaisons aux mains qui l'obligeaient de les baigner la nuit et le jour dans l'eau froide pour se soulager. Trois mois après ces douleurs s'étant calmées, tous les os du corps grossirent, dans l'espace de quatre ans, du volume qu'on va exposer, avec la remarque singulière que les parties musculuses se fondirent à mesure que les os augmentaient d'épaisseur.

La poitrine avait, sous les bras, quatre pieds un pouce (1) de circonférence (1 m. 326) ; au bas du sternum quatre pieds six pouces (1 m. 461) et autour des hanches, deux pieds onze pouces (0 m. 946).

A la partie supérieure et antérieure de la poitrine transversalement, un pied dix pouces (0 m. 595) ; et postérieurement entre les deux épaules, deux pieds (0 m. 649).

Les omoplates étaient fort élevées, ce qui faisait pencher la tête et le menton en avant, d'une manière très difforme. La poitrine était si élevée antérieurement, qu'elle paraissait comme une cloche ; et le sternum était si fort allongé que son bord inférieur touchait les cuisses du malade lorsqu'il était assis ; debout la distance du cartilage xyphoïde aux os du pubis était d'environ six pouces (0 m. 162), de manière que le bord inférieur du sternum s'était avancé carrément presque au niveau des fausses côtes.

Les clavicules et toutes les côtes étaient larges de près de deux pouces (0 m. 054), et si serrées entre elles qu'elles paraissaient faire qu'un seul os dans toute la circonférence de la poitrine ; le sternum avait acquis le plus d'étendue, car il avait près de deux pieds (0 m. 6496), depuis sa partie supérieure jusqu'à la fin du cartilage xyphoïde.

L'os coronal, d'une tempe à l'autre, avait six pouces trois lignes (0 m. 17) et de la racine des cheveux au bord orbitaire du coronal, quatre pouces (0 m. 108), les autres os du crâne et de la face avaient tellement augmenté à proportion que le chapeau du malade avait de son bord antérieur au postérieur, quinze pouces (0 m. 406) et d'une tempe à l'autre dix pouces (0 m. 27).

L'os maxillaire inférieur avait plus de deux pouces de largeur (0 m. 054) ; et sa longueur, d'une apophyse coronaire à l'autre, était de onze pouces (0 m. 297) ; ce qui la faisait déborder de la

(1) Pied français : 0.32484 ; anglais : 0.3048.

Pouce — 0.02707 ; — 0.0254.

Ligne — 0.00225.

mâchoire supérieure de plus d'un pouce, et empêchait le rapprochement des dents pour opérer la mastication des aliments : les dents étaient les seules qui n'avaient pas augmenté en largeur ni en longueur. Les bras et les avant-bras, particulièrement les mains, étaient parvenus à un volume considérable ; le métacarpe avait huit pouces (0 m. 216) de circonférence, et les doigts de la main étaient si gros, qu'il « semblait leur manquer à chacun une phalange ».

Depuis les vertèbres des lombes jusqu'aux cuisses, les jambes, excepté les pieds, toutes les parties paraissaient s'être atrophiées ; ce qui faisait que sur la fin le malade ne marchait et ne se soutenait sur ses jambes qu'avec peine.

Telles sont les principales dimensions auxquelles parvinrent les os de cet homme dans l'espace de 4 ans sans aucun vice chronique remarquable ; le sujet étant né au contraire de parents sains, n'ayant jamais été malade jusqu'à l'époque où les os s'accrurent, étant au contraire très porté au travail, et mangeant beaucoup. Tous ces os quoique gonflés considérablement, ne firent apercevoir aucune marque d'inégalité, ni tuméfaction sur leur trajet ; ils parurent même avoir leur solidité ordinaire.

Il reste à décrire les symptômes de la maladie dont cet homme est mort, afin de pouvoir faciliter, s'il est possible, l'intelligence de cette ossification bizarre.

Pendant le mois de décembre 1771, mon père (ancien chirurgien ordinaire du feu roi de Pologne, à Bayon, en Lorraine), de qui je tiens cette observation, vit pour la première fois le malade qui lui dit qu'il souffrait depuis quelque temps à la poitrine du côté gauche, surtout quand il avait mangé plus qu'à l'ordinaire. Il était exposé à des nausées, et vomissait tous les matins beaucoup de pituite glaireuse vitrée ; ce qui le soulageait. Le poulx était si profond et si concentré, que mon père ne put le distinguer pendant plus de deux mois. Le malade buvait, dans la journée, d'une tisane de chicorée qui lui procurait régulièrement deux selles par jour d'une moyenne consistance et d'une couleur grise et pâle. Les urines, depuis longtemps, n'avaient jamais été aussi

abondantes que les boissons qu'il prenait, elles paraissaient souvent comme du petit lait ; d'autres fois entièrement blanchâtres et glaireuses : le malade avait toujours beaucoup craché : la tête, les épaules et les bras étaient si lourds qu'il ne pouvait les remuer ; la vue et la mémoire étaient presque éteintes entièrement : les extrémités, tant inférieures que supérieures très froides : le malade éprouvait une pesanteur douloureuse à la région de l'estomac ; la langue était chargée, limoneuse et pâle : toute la nuit, il avait des sueurs froides et puantes ; la respiration était si difficile et si râleuse, qu'il ne pouvait se tenir que dans un fauteuil la tête élevée, avec la précaution de tenir les fenêtres et les portes ouvertes, sans quoi il eût bientôt été suffoqué : le sommeil avait toujours été si profond, qu'il dormait en mangeant, même à cheval, ayant passé plusieurs fois, trois jours de suite sans s'éveiller. Le ventre était fort tendu et douloureux.

L'état de ce malade était très embarrassant, mon père lui supprima toutes les boissons aqueuses, lui fit prendre des infusions de menthe, de serpollet édulcorées avec les sirops convenables : son régime fut plus sévère, il prit l'émétique en lavage plusieurs jours de suite, fut purgé ensuite avec les hydragogues, sans oublier les boissons diurétiques, les lavements émollients purgatifs, et par dessus le ventre on employa les fomentations émollientes.

Après deux mois de ce traitement, le pouls commença à se manifester, les accidents diminuèrent de près de moitié ; et au bout d'un an, le malade se trouva en état de reprendre une partie des occupations de sa maison, faisant quelquefois trois lieues à pied. Mais, malheureusement, s'étant relâché du régime qu'on lui avait prescrit, il eut plusieurs indigestions, les saburres de l'estomac et les autres accidents reparurent de nouveau : le pouls redevint insensible, le visage bouffi et de couleur plombée ; les yeux étaient larmoyants et par dessus l'œil gauche il survint une tumeur ordémateuse, qui se portait derrière l'oreille, le col, jusqu'au sein, à la poitrine du même côté.

Cette tumeur variait de manière que quand le malade avait été

purgé, elle disparaissait et l'humeur se portait aux jambes et successivement des jambes à la poitrine. La difficulté de respirer, les crachats purulents étant survenus, les parents déterminèrent une consultation dans laquelle on représenta que la douleur que la malade ressentait depuis longtemps du côté gauche de la poitrine, avec le poids continuel sur la région du diaphragme, la difficulté de respirer joint à l'empâtement extérieur, indiquaient dans le thorax quelque épanchement de pus ou de sérosité qu'il fallait évacuer par l'opération. On ajouta que ce qui empêchait l'humeur épanchée de faire saillie à travers les muscles intercostaux, pouvait dépendre de la disposition actuelle des côtes, dont le prodigieux accroissement rendait l'enveloppe de la poitrine entièrement osseuse.

On n'eut égard à ces remarques, on n'appliqua pas même les emplâtres vésicatoires qui étaient indiqués. Le malade fut mis à l'usage des bains et du petit lait qui ne firent qu'augmenter la douleur et l'enflure du ventre de sorte qu'il rendit peu de jours après, par les selles, une grande quantité de flocons ronds et blancs et la consistance du fromage, qui se fondaient au feu comme de la graisse. Le lendemain il évacua aussi plus d'une pinte (0 lit. 93) de pus blanc, mêlé de fibrilles charnues, qu'on devait attribuer à quelque désordre intérieur. Le malade ayant pris un purgatif hydragogue, l'inflammation du bas-ventre augmenta, il survint à l'anus un dépôt que l'on ne put dissiper ; il tomba dans des assoupissements fréquents ; la sécheresse et la noirceur de la langue, des hoquets continuels, la tension du ventre précédèrent la mort qui arriva le dernier juillet 1773 sans que les parents eussent voulu permettre que l'on fit l'ouverture du cadavre, pour pouvoir vérifier non seulement l'état des os dont on a parlé, mais aussi le délabrement des viscères qui a dû exister.

Cette observation est d'autant plus intéressante, qu'il est très rare qu'à cet âge les os acquièrent un accroissement aussi prodigieux, sans qu'il se soit manifesté quelques tumeurs, caries ou inégalités particulières dans leur substance ; en quoi ce gonflement paraît différer de celui qui arrive près des articulations

chez les enfants rachitiques. Il y a apparence que cet accroissement osseux n'a pu avoir lieu que par l'excès des tumeurs lymphatiques, ou du suc nourricier, qui se sont portés de préférence dans le parenchyme des os, pour augmenter leur volume au préjudice des chairs qui se sont atrophiées. Quelque recherche que l'on ait faite pour trouver la cause de cette ossification bizarre, on ne peut guère l'attribuer qu'à l'appétit excessif du malade : il mangeait beaucoup plus de fruits que de viande.

Modestement Noël s'abstient de porter un diagnostic : il se paye un peu de mots en parlant de « *L'excès des humeurs lymphatiques ou du suc nourricier qui se sont portés de préférence dans le parenchyme des os pour augmenter leur volume au préjudice des chairs qui se sont atrophiées* », mais n'explique rien et dans son observation assez bien établie, assez complète, nous trouvons assez nettement rapportée la symptomatologie de l'acromégalie noyée il est vrai dans quelques détails oiseux. Les mesures des pièces du squelette prises sur Mirbeek vivant nous montrent par l'étude des trois pièces que nous possédons encore et dont nous donnons un cliché à la planche I que les dimensions de Noël, à considérer celles qu'il donne du sternum, sont un peu fantaisistes.

OBSERVATION SANCEROTTE

Mélange de Chirurgie, 1^{re} partie, 1801, p. 407 : Observation communiquée à l'Académie de Chirurgie en 1772.

Il y a environ 6 ans qu'un habitant du village de Mangonville, à quatre lieues de Lunéville, âgé de 39 ans, haut de cinq pieds, deux à trois pouces (1 m. 705), d'une stature grêle et mince à l'époque citée d'il y a environ six ans, s'aperçoit que tous les os de son corps, à l'exception peut-être des dents, grossissent peu

à peu sans s'allonger (ceux au moins qui peuvent faire croître un individu en hauteur), de manière qu'il estime présentement avoir les os au moins du double gros qu'au terme d'il y a six ans.

Il est certain que c'est un homme extraordinaire eu égard à la circonférence de son corps en général et de chacune de ses parties dans ce détail, sans que les chairs y soient pour beaucoup, car elles sont flasques et affaissées, et démontrent que c'est aux dépens de leur tissu cellulaire que les os acquièrent un embonpoint contre nature, s'il est possible de m'exprimer ainsi. Cet homme est obligé de se faire faire des chapeaux, n'en trouvant point dont la forme soit assez ample pour lui ; ses yeux sont actuellement très à fleur de tête par l'épaississement des os de l'orbite qui ont porté ces organes au dehors ; sa mâchoire inférieure ayant sans doute eu plus de facilité à s'étendre que la supérieure, parce qu'elle est un os unique et mobile, il s'ensuit que les dents incisives du bas débordent celles du haut de l'épaisseur du doigt, ce qui n'est pas de même pour les dents molaires, sans doute parce que la force des muscles crotaphytes et masséters s'est opposée à l'élargissement de la mâchoire inférieure sur les côtés.

La lèvre inférieure est peut-être l'unique partie molle qui ait suivi l'accroissement progressif des parties dures, car elle est très grosse ; la colonne vertébrale est d'un calibre singulier ; il en est de même des clavicules ; les omoplates et les os des hanches ont prodigieusement pris d'étendue et d'épaisseur, de même que les côtes et le sternum, de sorte que la poitrine est fort éminente et le ventre plat eu égard à l'affaissement et à l'émaciation des parties molles. Les côtes ont bien un pouce et demi (0 m. 04) de largeur et paraissent même en quelques endroits déborder les unes sur les autres ; les pieds et les mains peuvent être comparés, relativement à la grosseur, à ces mêmes parties qui, chez un sujet ordinaire, seraient attaquées d'un gonflement, comme on dit, à pleine peau.

Les jambes paraissent, à la première inspection, ne point cadrer avec le reste du corps ; mais bientôt l'illusion cesse si l'on

fait attention qu'elles sont tout os et qu'elles n'ont point ou presque point de mollet. Malgré cela le tendon d'Achille est bien le double gros que chez un autre sujet adulte.

Ce citoyen ne peut imputer l'accroissement de ses os à aucun état maladif : il est vrai que dans tous les temps il a été assez gros mangeur, mais aussi il a constamment fait beaucoup d'exercice, car il est un des plus grands cultivateurs de la province. Actuellement il est presque toujours assoupi, sans doute à cause de la compression du cerveau, par l'épaisseur des os du crâne. Depuis environ deux ans il éprouve une oppression de poitrine sans doute aussi par la gêne où se trouvent les poumons. Je crois qu'il n'est pas inutile de dire que, depuis que cette augmentation est parvenue à un certain point, le pouls est constamment si petit qu'on ne peut souvent le trouver.

Le malade a pris toutes sortes de remèdes altérants et évacuants, sans pouvoir détourner les sucs nourriciers de se porter aux os plutôt qu'aux chairs. Mais pourquoi ces sucs ont-ils abandonné des canaux flexibles, perméables et d'une extensibilité facile pour se rendre dans les tuyaux durs et qui offrent une résistance considérable à la dilatabilité ? Enfin il ressent, j'oubliais de le dire, des douleurs universelles, qu'il croit être des rhumatismes ; mais il est bien plus à présumer qu'elles sont le résultat de la distension du périoste et des autres parties membraneuses qui environnent les os.

En 1766, le sujet pesait 119 livres et en pesait l'an dernier 178, sans que l'embonpoint des chairs y soit pour quelque chose. bien au contraire, comme j'en ai fait mention dans l'observation.

Quant aux divers diamètres de la tête, il y a depuis la racine du nez jusqu'à la nuque, en passant le long de la suture sagittale, 21 pouces (0 m. 568) ; depuis un trou auditif externe à l'autre, en passant par le vertex, 19 pouces (0 m. 514) ; et circulairement dans la plus grande circonférence 29 pouces (0 m. 785). La mâchoire inférieure qui déborde antérieurement la supérieure, de l'épaisseur d'un doigt, à 18 pouces (0, 487) en prenant de l'un

de ses condyles à l'autre et descendant sur ses angles et de là au menton. De la partie inférieure moyenne du menton à la supérieure des dents incisives de cette mâchoire il y a 4 pouces (0 m. 108), ce qui fait qu'elle descend en bas et vient poser sur la partie supérieure du sternum, de manière que le sujet paraît n'avoir point de cou.

Le jeu des articulations est assez laborieux, surtout celui des petites, comme par exemple celles des doigts et des orteils. Les urines ont été analysées fraîches et conservées, et Harmant, médecin de ce malade, n'y a pas découvert les principes ordinaires que l'on y trouve, surtout leur terre particulière, elles étaient souvent comme du petit lait, d'autres fois absolument blanchâtres et glaireuses.

En résultat de toutes les particularités de cette observation, ne pourrait-on pas conclure que la terre de l'urine se portait aux os, chez ce malade ?

Dans le cours de l'année 1771, le malade n'avait plus constaté d'augmentation de volume de ses os, et, en mai 1773 il n'avait plus d'oppression et se trouvait beaucoup mieux ; mais en juillet 1773, après quinze jours passés dans des divertissements continuels qui l'ont dérangé de sa façon de vivre ordinaire, il a commencé à beaucoup ronfler en dormant ; son estomac et son bas-ventre se sont tendus et durcis, avec altération et nausées ; sa bouche est devenue mauvaise, sa langue s'est chargée d'une croûte jaunâtre, et beaucoup de vapeurs se sont mises de la partie : en conséquence M. Noël lui a administré une boisson légèrement émétiée, quelques purgatifs et plusieurs lavements. Peu de jours après, la respiration est devenue gênée et la tête pesante ; le malade éprouvait un accablement général : tout son corps s'est tuméfié ; l'œil gauche est presque sorti de son orbite et larmoyait continuellement ; enfin il s'est formé au cou une tumeur grosse comme un pain d'une livre, mollassse et emphysemateuse, qui paraissait et disparaissait successivement.

« L'enflure commençait à diminuer lorsque le chirurgien M. Noël a été appelé à quelques lieues pour un accouchement,

pendant lequel on a administré contre son avis quelques prises de poudres hydragogues : alors le bas-ventre s'est enflammé : il est survenu des hémorroïdes externes, dures, gonflées et grosses comme un œuf de poule. A cette époque il n'a plus été possible de faire passer les lavements, et le malade, se plaignant dans les derniers temps d'être comme dans une fournaise ardente, est mort en parfaite connaissance.

En somme, pas plus que Noël, Sancerotte ne classe son malade. Il se contente de se demander timidement *si l'on ne pourrait pas conclure que la terre de l'urine se portait aux os, chez ce malade ?*

Question timidement posée dont nous n'essayerons pas l'interprétation !

A la mort de cet individu, sa femme s'est opposée à ce que l'on fit l'autopsie : elle poussa même le culte pour la mémoire de son mari jusqu'à venir prendre près du cimetière un logement d'où elle ne perdait point de vue la tombe. Ce n'est donc que de nombreuses années après, lorsque la femme fut elle-même morte que Sancerotte put se procurer les os de cet homme : il en envoya à l'Académie de Médecine le sternum, une clavicule, et une côte droite.

Ces os se trouvent encore aujourd'hui au Musée Dupuytren, n° 435. Nous en donnons une reproduction d'après photographies de notre ami le docteur Martial Sohier. Voici la description donnée de ces os par M. Houël dans le catalogue du Musée Dupuytren.

CÔTE (Planche I, fig. 1 et 2). — Elle est grande et forte ; c'est une côte sternale, sa longueur mesurée à l'aide d'un fil qui en suit la courbure est de 355 millimètres ; le poids de cet os est de 35 grammes).

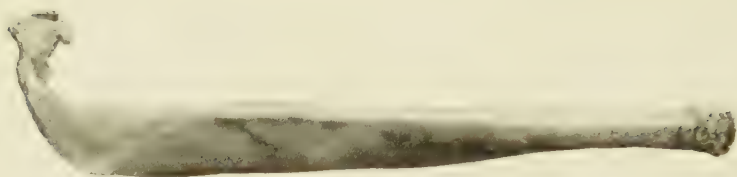


FIG. 1. — Côte droite (7 mm. ?). — Face externe.



FIG. 2. — Même côte. — Face interne.



FIG. 5. — Sternum.
Face antérieure.

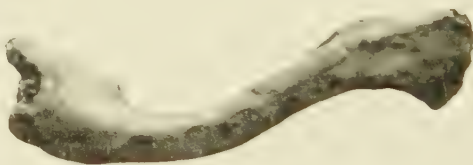


FIG. 3. — Clavicule gauche.
Face supérieure.

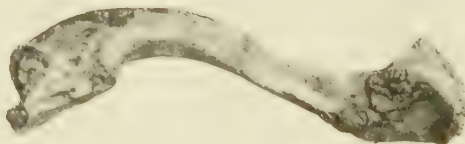


FIG. 4. — Même clavicule.
Face inférieure.

Côte droite, clavicule gauche et sternum du malade de Sancerotte et Noël (Musée Dupuytren n° 435).

CLAVICULE (Planche I, fig. 3 et 4). — Cet os a 16 centimètres de long ; son corps quoique développé, n'a rien d'extraordinaire. C'est principalement sur les extrémités qu'a porté l'hypertrophie. La surface qui s'articule avec le sternum a 3 centimètres de diamètre antéro-postérieur et 4 dans le sens vertical.

STERNUM (Planche I, fig. 5). — La première pièce est détachée de la seconde, mais toutes les autres sont solidement soudées. La longueur totale de cet os est de 25 centimètres (et non 0,6496 comme le croyait Noël) la largeur de la poignée prise au niveau des surfaces articulaires des cartilages de la première côte est de 9 centimètres. L'appendice xyphoïde a 6 centimètres de long sur près de 3 de large, le poids de l'os entier est de 49 grammes ; son épaisseur à la partie moyenne est de 22 millimètres.

Cette description coïncide bien exactement avec celle des os que nous avons retrouvés sous le n° 435 du Musée Dupuytren. La reproduction que nous donnons de ces os, parallèlement à celle des os normaux du même nom, permet d'affirmer rétrospectivement, après le professeur Pierre Marie, que le sieur Mirbeck était bien un acromégale et excuse les descriptions supplémentaires que nous avons cru devoir ajouter. En effet,

LA CÔTE DROITE du malade de Sancerotte nous a paru être la 7^e côte. Nous en donnons, planche II, deux reproductions. Une de la face interne fig. 6, une de la face externe fig. 8.

Par la comparaison, facile à faire, entre cet os et les deux photographies d'une 7^e côte normale dont nous donnons la face interne fig. 9 et la face externe fig. 7, on peut remarquer que la côte droite de Mirbeck est augmentée dans toutes ses dimensions, mais a ses torsions normales. La gouttière intercostale est exagérée dans ses dimensions, surtout dans les 2/3 postérieurs du corps de la côte, l'élargissement est constitué par une sorte

de coulée de la face externe. Son extrémité antérieure est un peu élargie, son extrémité postérieure plus rugueuse que celle d'une côte normale présente des saillies ligamenteuses très accentuées. Le col est couvert à sa face postérieure de tubérosités spongieuses. Les surfaces vertébrales sont peu élargies et aplaties, on y voit cependant nettement la division en deux facettes.

LA CLAVICULE GAUCHE (Pl. II, fig. 10 et 11) présente une extrémité interne très déformée, une facette sternale, irrégulière, rugueuse, en gouttière demi-circulaire ouverte par en bas (diamètre antéro-postérieur, 32 mill. ; vertical, 42 mill.). Facette costale irrégulièrement triangulaire à sommet mousse externe (longueur, 36 mill. ; largeur à la base, 30 mill.). Le sommet de la facette costale est entouré d'une gouttière qui remonte en haut et en arrière et surtout se prolonge horizontalement en avant.

Le corps (face antérieure) a 18 millimètres de haut. Forme et courbure normales.

La face postérieure, lisse dans toute son étendue, regarde un peu en haut dans sa partie concave.

Bord supérieur normal.

Les bords et faces inférieurs sont voûtés et creusés d'une gouttière du sous-clavier longue de 66 millimètres qui aboutit en se rétrécissant à un centimètre en dehors de la facette costale.

Les bords sont assez tranchants, le postérieur descend plus bas que l'antérieur.

Extrémité externe, sa face supérieure est très élargie, elle a 40 millimètres, les tubercules des ligaments coraco-claviculaires sont très accentués (16 mill. de large ; 10 mill. de long). Facette acromiale haute de 18 millimètres, longue de 40 millimètres. Les extrémités et les rugosités sont très spongieuses.

Le sternum (Pl. II, fig. 14) est hypertrophié dans toutes ses dimensions, le manubrium est considérablement augmenté de volume, son épaisseur est exagérée, sa hauteur 1/3 plus forte que normalement, les surfaces articulaires claviculaires et costales sont ossifiées et leur tissu raréfié et couvert de pertuis et d'ostéophytes ; le corps lui-même est proportionnellement moins aug-

FACE INTERNE

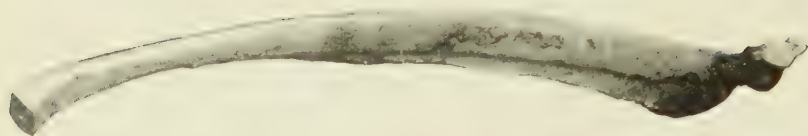


FIG. 6. — Côte droite (7 mm. ?) de Mirbeck.

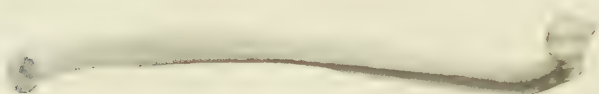


FIG. 7. — Septième côte droite normale.

FACE EXTERNE.



FIG. 8. — Côte droite (7 mm. ?) de Mirbeck.



FIG. 9. — Septième côte droite normale.

FACE INFÉRIEURE

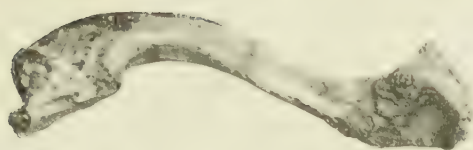


FIG. 10. — De la clavicule gauche de Mirbeck.



FIG. 12. — D'une clavicule gauche normale.

FACE SUPÉRIEURE

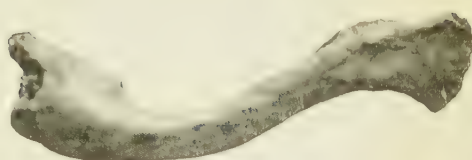


FIG. 11. — De la clavicule gauche de Mirbeck.



FIG. 13. — D'une clavicule gauche normale.

FACE ANTÉRIEURE



FIG. 14. — Sternum de Mirbeck



FIG. 15. — Sternum normal

menté de volume, élargi cependant, épaissi aussi, sa longueur est presque normale. Sa surface est couverte de pertuis et de points de raréfaction du tissu compact. L'appendice xyphoïde augmenté aussi dans ses 3 dimensions a un volume double de la normale, il est ossifié. En somme, augmentation des extrémités de l'os, peu d'hypertrophie du corps.

L'étude aussi détaillée que nous avons cru devoir la faire des trois pièces du squelette de Mirbeck nous fait regretter amèrement que Sancerotte dont le malade *était obligé de se faire faire des chapeaux*, n'ait pas eu la bonne inspiration de joindre le crâne à la clavicule, à la côte et au sternum qu'il envoya à l'Académie de Médecine. Car il est évident que nous aurions trouvé une selle turque et des sinus frontaux, expliquant et l'*exorbitisme* et le développement de la mâchoire inférieure dont *les incisives débordaient celles du haut de l'épaisseur du doigt*.

OBSERVATION W. O. CHALK.

Partial dislocation of the lower jaw, tronc an enlarged tongue.

Transact. of the pathological Society of London, 1857, t. VIII.
p. 305.

A l'âge de 7 ans cette femme, qui était d'une bonne santé, tomba dans la boutique et se heurta violemment le menton sur un comptoir, en même temps la langue fut, de par la chute, assez fortement mordue ; hémorragie assez abondante, sutures de la plaie, guérison rapide. Jusqu'à l'âge de 18 ans, santé parfaite ; c'est alors que voyant à l'improviste une araignée sur ses vêtements, elle éprouva une peur très vive et ses règles, jusque-là régulières, se supprimèrent à l'instant et pour toujours. Bientôt après, elle commença à souffrir de maux de tête violents et intermittents. A l'âge de 20 ans, on commença à remarquer que son intelli-

gence devenait paresseuse, qu'elle éprouvait des envies bizarres et qu'elle manquait de force d'attention ; elle présentait en outre de l'inactivité physique et un dérangement général des fonctions nutritives ; à peu près à la même époque, elle souffrit de très fortes douleurs au niveau d'une dent cariée, à la mâchoire supérieure, du côté droit, dent qui fut extraite. Puis survinrent des douleurs atroces de la face du même côté, douleurs qui continuèrent avec plus ou moins de fréquence, jusqu'à l'époque actuelle. La malade commença alors à éprouver une faiblesse générale dans les articulations des membres supérieurs et inférieurs. Une fois, à la suite d'un léger accident, survint une luxation de l'épaule. La marche était souvent gênée par la faiblesse des genoux et des articulations tibio-tarsiennes ; cette condition des jointures dura plusieurs années. A l'âge de 30 ans, la surface du corps enfla tout entière, après quelque temps cette enflure céda en partie, on la trouve actuellement confinée, principalement aux mains, à la face. C'est à cette période que la langue commença à s'élargir, et douze mois plus tard les modifications de la mâchoire inférieure furent observées, mais ce n'est qu'un an après que la protrusion du maxillaire inférieur est devenue assez marquée pour gêner sérieusement la mastication et la parole.

Depuis 5 ans, elle a eu de violentes attaques de douleurs dans l'oreille droite, avec otorrhée. Bientôt après, attaque d'épilepsie rapidement suivie par de l'amaurose et une cécité complète (il y a deux ans). Ces attaques se sont répétées plusieurs fois depuis.

Par suite de la pression constante et longtemps continuée d'une langue hypertrophiée, les condyles de la mâchoire inférieure ont été partiellement déplacés de la cavité glénoïde, de sorte que cet os a été projeté obliquement en bas et en avant, et qu'il dépasse d'environ un pouce la mâchoire supérieure en formant une forte proéminence avec le menton. De telle sorte que la face se présente comme si elle était allongée, ce qui, coïncidant avec l'hypertrophie de la mâchoire inférieure et un raccourcissement de la lèvre supérieure donne au visage de

la malade un aspect étrange et grotesque surtout de profil.

La langue qui éprouve des variations considérables en forme et en dimensions au point quelquefois d'être assez gonflée pour sortir de la bouche, était, quand on l'a mesurée le 4 janvier 1857, large de trois pouces (76 mm.), épaisse de $3\frac{1}{4}$ de pouce (19 mm.) et portait l'empreinte profonde de la rangée supérieure des dents ; la mastication était excessivement difficile et douloureuse, la parole gênée.

Pas de dissertation, aucun essai de diagnostic, Chalk donne une observation précise, sans explication, simple document qui pourra servir dans l'avenir. Et il a servi en effet, puisque grâce aux précisions sur la mesure de la langue, sur l'augmentation de volume des pieds, des mains, de la face, de la mâchoire inférieure, le diagnostic rétrospectif de maladie de Marie s'est imposé.

OBSERVATION LOMBROSO.

Giornale ital. delle malattie venere, 1868 (Repris avec considérations sur les hypertrophies osseuses partielles dans *Annali universali di medicina*, t. CCXXVII, p. 305 et sq.).

Homme de 37 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 24 ans, il eut alors une bronchite ou mieux une bronchorragie ; lorsqu'il fut guéri il vit son corps augmenter tout d'un coup, de sorte qu'en quatre mois il dut changer trois fois ses vêtements. Il eut à ce moment quelques petites fièvres intermittentes et fut pris d'une voracité extraordinaire et de quelques douleurs dans les os, les articulations et l'estomac. Les forces baissèrent, il survint de la dyspnée et de la cardialgie. Lombroso vit cet homme pour la première fois seize ans après le début de l'affection : il pesait 120 k. 400, sa taille était de 1 m. 80, la peau d'un jaune foncé, la barbe un peu rare ; les cheveux, assez abondants,

étaient châains et rudes. Les dimensions de la tête sont à peu près normales, les oreilles normales de volume et d'implantation. Mais la face se montre disproportionnée, surtout en largeur, et rappelle dans sa monstruosité celle du gorille et du lion ; grande est la distance entre les deux pommettes, mais plus encore la largeur et la longueur de la mâchoire inférieure, qui, malgré son énorme développement, vient presque au niveau de la mâchoire supérieure. Les parties molles de la face ne suivent pas dans une égale proportion le développement des os, les yeux ne sont guère plus gros que normalement, le nez est un peu épaissi : les lèvres au contraire sont très volumineuses, un peu plus l'inférieure que la supérieure : la langue n'est pas beaucoup plus grosse que normalement (plus grand diamètre transverse 65 millimètres) : les dents manquent presque toutes, celles qui restent sont d'un aspect normal. Le cou est énorme, le double de la dimension ordinaire (470 millimètres de circonférence), énorme aussi le développement des épaules, de l'omoplate, de la clavicule, de toute la circonférence du thorax qui d'un mamelon à l'autre mesure 1.330 millimètres. Le bras et la cuisse ne présentent aucune hypertrophie, mais à partir du milieu de la jambe et du milieu de l'avant-bras, vers en bas, le membre devient extraordinairement hypertrophique, plus encore pour les membres supérieurs que pour les inférieurs.

Circonférence du corps.	500 millimètres	
Diamètre bi-temporal	152	—
— bi-zygomatique.	150	—
— fronto-mentonnier.	260	—
— occipito-mentonnier	302	—
Longueur des oreilles.	63	—
— du nez	65	—
Circonférence maxima de la poitrine. . .	1330	—
— du cou.	470	—
— de la partie moyenne du		
bras	330	—
— de l'avant-bras	370	—

Longueur de l'acromion à l'extrémité du		
médus	840	millimètres
Circonférence maxima de la main.	350	—
— — du pouce	120	—
— de la partie moyenne de la		
jambe	460	—
— du cou-de-pied.	330	—
Longueur maxima du pied	300	—
Largeur.	148	—

En somme les os malaires, les côtes, les vertèbres, le sternum, les os de l'avant-bras, du pied et de la main ont augmenté de volume tandis que le fémur, l'humérus, tous les os de la voûte crânienne et en partie ceux du bassin sont restés normaux.

La peau est épaissie dans les régions hypertrophiées de l'avant-bras, du pied et de la face. Les chairs des membres hypertrophiés paraissent à la palpation d'une consistance plus grande que celle d'un muscle normal, lardacée ou cartilagineuse. L'intelligence était très lucide, le malade manifestait même une certaine finesse de sentiments.

Bien qu'encore jeune et d'un tempérament très amoureux dans les premières années de son adolescence ce malade a perdu toute tendance aux plaisirs vénériens et n'a plus de pollutions.

Observation comparable à celle de O. W. Chalk, dans laquelle l'auteur se contente de rapporter des faits, se gardant bien d'essayer une explication ou un diagnostic, esquissant une simple description qui a suffi au professeur Pierre Marie pour diagnostiquer l'acromégalie. Diagnostic approuvé d'ailleurs postérieurement par Lombroso lui-même, après la connaissance qu'il eut de l'emploi fait de son observation par M. Pierre Marie.

En somme Noël, Sancerotte, Chalk et Lombroso ont

compris qu'ils se trouvaient en face d'une entité morbide qui leur échappait et les symptômes précis qu'ils ont respectivement relevés sur chacun de leurs malades ont amplement suffi à M. Pierre Marie à porter le diagnostic rétrospectif de acromégalie.

CHAPITRE II

ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LA MALADIE DE PAGET

Une seule observation, celle d'Ellinwood, classe dans la maladie de Paget un acromégalique type. Elle n'est d'ailleurs que le résultat de deux ou trois examens. Nous aurions aimé en pouvoir publier la suite ; c'est dans ce but que nous avons écrit à San-Francisco au professeur Ellinwood pour savoir ce qui était advenu de son malade. Mais notre lettre est restée sans réponse.

OBSERVATION ELLINWOOD.

San Francisco West. Lancet, 1883, p. 159.

San Francisco County Medical.

Cette maladie est rare et ne figure pas encore dans nos manuels ; nous devons son nom et sa description à Sir James Paget.

Le cas que je présente à votre examen est relatif à un homme âgé de 28 ans qui a eu une adolescence délicate.

A l'âge de 21 ans (1876) il pesait 93 livres ; 5 ans après son poids était de 206 livres ; actuellement (avril 1883), il ne pèse que 196 livres. Il a toujours pu travailler, quoiqu'il éprouve de temps en temps un peu de faiblesse musculaire, du malaise et des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, spécialement dans les genoux. La mastication des aliments a été très troublée ; dyspepsie.

Il y a un an environ, il s'est aperçu que sa mâchoire inférieure s'avancait au delà de la supérieure et qu'elle augmentait graduellement jusqu'au jour où il ne pouvait plus broyer ses aliments ; il se fait arracher les dents inférieures, qui furent remplacées par un dentier ; ce dernier a été, au bout de quelque temps, remplacé par un deuxième et, comme la mâchoire inférieure continuait à s'allonger, il s'est fait extraire les dents supérieures qui furent remplacées par une plaque artificielle ; celle-ci avançait un peu plus que le rebord du maxillaire supérieur afin de pouvoir correspondre au dentier inférieur. Cependant la difformité ayant fait des progrès, les dents inférieures se trouvent écartées des supérieures et la distance qui les sépare est d'environ 22 millimètres ; les os de la face se sont agrandis ; le crâne est augmenté au point que le malade a été forcé de faire usage d'un chapeau plus large. Les os du tronc, le sternum, les côtes, se sont élargis, épaissis et la colonne vertébrale présente une lordose pour laquelle il porte un corset, dont il tire quelque bénéfice.

Les os des mains, les phalanges digitales, sont *très épaissis, forts et résistants*. Sans doute le squelette est pris dans son ensemble ; néanmoins c'est sur la tête et les *os courts* que l'*hypertrophie est le plus manifeste*.

Quand il se lève du lit, le matin, ses surfaces articulaires s'adaptant un peu difficilement, des craquements s'y produisent, et le malade doit pratiquer quelques manipulations autour des jointures pour que celles-ci fonctionnent convenablement. Il en résulte qu'il butte facilement, qu'il est maladroit quand il se sert de ses jointures.

Il est anémique et souffre beaucoup, lorsqu'il fait froid. L'aspect blanchâtre de ses mains et la pâleur de ses lèvres ont diminué depuis que sa nutrition s'est améliorée. Il n'offre aucun symptôme cérébral, ni de céphalée ; son esprit est clair et sa mémoire est bonne. Cet homme n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. Pas de sucre, pas d'albumine ; augmentation du chiffre des urates.

Tant que je puis en juger, les os ne sont pas poreux, leur poids n'est pas diminué ; leur élargissement est symétrique. La colonne vertébrale est courbée, ou, ses courbes naturelles sont très accentuées.

Sir James Paget indique les symptômes caractéristiques de quelques autres maladies des os qui les séparent de l'ostéite déformante ; dans le rachitisme, par exemple, les os sont très petits, très courts et les courbes que présentent les os épaissis et allongés sont en différents sens. Dans l'ostéomalacie, ils se sont amincis et courbés d'une façon angulaire.

Le traitement adopté pour ce malade est diététique. Croyant que nous avons dans les os une grande quantité d'aliments histogéniques (1), il ne lui en est permis qu'une quantité très modérée et il lui est prescrit une diète libérale d'aliments respiratoires y compris l'huile de foie de morue.

Les digestions sont meilleures. L'anémie est moins marquée, la santé générale s'est améliorée. Le séjour d'un lieu montagnoux lui a été conseillé.

Le professeur Ellinwood a nettement vu ce qui séparait son malade du rachitisme et de l'ostéomalacie ; or s'il avait poussé plus loin son examen, spécifié plus nettement les caractéristiques de la maladie de Sir James Paget, il eût conclu que son malade ne pouvait rentrer dans l'ostéite déformante. En effet :

Dans la maladie de Paget les symptômes dominants sont : le *ramollissement du squelette* et par suite les *déformations*, l'*hypertrophie des os longs* et enfin les *douleurs*. A la tête il est de règle que la face soit respectée, à part le maxillaire inférieur et les os malaires qui sont parfois atteints (2).

(1) Substances histogéniques, celles qui concourent à la rénovation moléculaire des tissus normaux. (Note de l'observateur.)

(2) Ph. MAUCLAIRE, in *Traité de chirurgie* LE DENTU et DELBET.

Donc à part l'augmentation du volume de la tête et du maxillaire inférieur, ainsi que les douleurs qui pouvaient faire penser à l'ostéite déformante, on devait écarter *a priori* l'idée de cette affection eu égard au fait qu'affirme Ellinwood à savoir que les os ne sont pas ramollis, car ils ne sont pas *poreux*, ils sont épaissis mais forts et résistants. De plus c'est sur les os courts que porte l'hyper-trophie. Nouvelle anomalie avec ce qui se passe dans la maladie de Paget.

CHAPITRE III

ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LE LEONTIASIS OSSEA

C'est l'observation de Verga parue en 1864 et sa critique qui constituera tout ce chapitre. Elle est intéressante à plus d'un point de vue car elle contient l'examen clinique et la nécropsie de la malade.

OBSERVATION VERGA

Caso singolare de prosopectasia in *Rendiconti del Reale Istituto di Scienze et Lettere*. Adunanza del 28 Aprili 1864.

A la fin de 1860, visitant les malades chroniques de l'église Santa-Maria di Nuovi Sepulcri, une des succursales de l'Ospedale Maggiore de Milan, j'étais resté frappé à l'aspect d'une malade dont le visage, d'une pâleur de cire et d'une grandeur disproportionnée, faisait presque peur. Telle devait être l'impression que ressentait aussi le bas personnel de service, car cette femme était appelée « le grotesque ». Voyant que je la regardais fixement, elle eut l'ingénuité de me dire qu'elle n'avait pas toujours été ainsi, que dans un temps elle avait été comme les autres jeunes filles. Je désirai connaître ses antécédents et je recueillis du D^r Chiapponi l'assez curieuse notice qui suit.

Maria B... est de Milan, sa mère mourut à vingt-trois ans à la suite d'une maladie à marche rapide ; son père à plus de cinquante-sept ans d'un squirrhe de l'estomac ; ses frères moururent en bas âge, un seul est encore vivant, en bonne santé, il est grand et maigre.

Après avoir eu ses premières règles à onze ans, elle perdit

cette évacuation périodique au bout d'un an, après avoir eu la variole : la menstruation reparut à l'âge de seize ans, et continua très abondante, pour cesser de nouveau et pour toujours à vingt-cinq ans. Mariée elle n'eut pas d'enfants. Elle vivait du métier de tailleuse.

Depuis qu'elle était petite fille, elle fut sujette à des ophtalmies obstinées qui se guérissaient par des applications topiques et se reproduisirent avec une assez grande fréquence pendant toute la vie. Mais la santé générale s'altéra après la cessation des règles, et à partir de cette époque (vingt-cinq ans), pendant une dizaine d'années apparurent, en relation avec les diverses articulations, spécialement aux jambes, un assez grand nombre de tumeurs (cinquante environ) de la grosseur d'un œuf de poule, de coloration naturelle, douloureuses au moindre attouchement, pas molles ; elles surgissaient par deux, trois, quatre à la fois, et en deux ou trois semaines se résorbaient sans jamais suppurer. Délivrée à trente-cinq ans de ces tumeurs, elle vit sa santé devenir encore plus mauvaise, elle fut ascitique pendant quelque temps, et éprouva de fortes douleurs aux jambes qui lui rendirent dans la suite les mouvements impossibles. Ce qu'il y a de remarquable c'est qu'à cette période elle commença à s'apercevoir que toutes les parties de sa personne qui, auparavant, étaient plutôt grêles, allaient en grossissant graduellement de sorte que par trois fois, elle fut obligée de faire couper les bagues qu'elle avait au doigt, et que sa face en particulier devenait monstrueuse.

Admise pour une fièvre gastrique à l'hôpital, le 24 août 1856, elle fut placée dans la catégorie des chroniques pour rhumatisme et amblyopie, le 16 septembre de la même année. Depuis cette époque, ses souffrances et en particulier certaines douleurs lancinantes au niveau des articulations ne l'abandonnèrent plus.

Quand je la vis en 1860, elle restait toute la journée au lit où elle ne pouvait même se retourner qu'au prix de grands efforts et avec l'aide des infirmières. L'intelligence était un peu lente, mais assez lucide, l'humeur toujours égale, mais plutôt suscep-

tible à la plus légère contrariété, la vue faible, l'ouïe obtuse, l'appétit bon, la digestion normale. Constipation continuelle, quelquefois absolue pendant vingt-deux jours, il fallait constamment recourir à des moyens excitants pour régulariser un peu les fonctions intestinales. Urines toujours abondantes, parfois même un peu difficiles. Les organes respiratoires ne montraient aucun trouble. Il y avait de temps en temps des palpitations et aussi des intermittences des bruits du cœur avec quelques faux pas cardiaques. Jamais de mouvement fébrile. La longueur de toute la personne arrivait à 1 m. 73. Du sourcil au menton on comptait environ 18 centimètres et d'un angle à l'autre de la mâchoire inférieure en passant sur le menton environ 29 centimètres ; il ne me fut pas possible de déterminer si la tendance à l'augmentation de volume était plus grande dans les os plats, dans les cylindriques, ou dans ceux de forme mixte.

Je trouve dans les notes sur cette malade qu'en novembre de la même année elle fut atteinte d'un érysipèle de la face ; que dans les premiers jours de 1862, elle souffrit d'un écoulement purulent de l'oreille droite qui plus tard s'étendit aussi à l'oreille gauche ; et qu'en octobre de la même année elle devint complètement aveugle et presque sourde. Enfin après quelques alternatives de coma et de subdelirium elle succomba, âgée de cinquante-neuf ans, à une affection typhoïde dans laquelle apparurent de vastes plaies de décubitus et de graves accès épileptiformes.

AUTOPSIE (Relation Dr Pedretti). — Cadavre dont la nutrition avait été bonne et riche en graisse. Du pus se trouvait encore dans les méats auditifs externes.

Lors de l'ouverture du crâne, il s'écoula une sérosité sanguinolente. Ce qu'il y avait de plus notable dans cette cavité était une tumeur du volume d'une grosse noix, étendue sur la selle turcique, comprimant et déplaçant les nerfs optiques et les éminences mamillaires et s'enracinant par des pédoncules dans le corps du sphénoïde. On n'a pas trouvé de glande pituitaire, de sorte qu'on ne sait si celle-ci avait disparu sous la pression de la

tumeur, ou si la tumeur n'était pas simplement une dégénération de cet organe. Le poids de toute la masse encéphalique était de 1.295 grammes.

Dans les poumons on trouva un emphysème périphérique des deux poumons avec deux tubercules crétacés de la grosseur d'un petit pois, au sommet du poumon droit et trois au sommet du gauche ; cœur d'un volume double de ce qu'il est à l'état normal : aorte, un peu rétrécie.

Dans le ventre, rien à part l'hypertrophie du foie. Le crâne est mal conformé, acuminé, mais de dimensions ordinaires ; celles au contraire de la face et spécialement des maxillaires sont évidemment exagérées.

La hauteur maxima des os propres du nez		
est de	35	millimètres
Hauteur de la mâchoire supérieure, de l'alvéole de la canine au sommet de l'apophyse ascendante	86	—
Hauteur de la symphyse du menton	52	—
Longueur d'une ligne passant d'un bord palatin du maxillaire supérieur à l'autre, le long de la racine des dents	150	—
Longueur d'une ligne suivant toute la base du maxillaire inférieur	250	—
Longueur de la courbe palatine.	60	—
Longueur d'une ligne descendant du centre de la suture coronale le long des os du nez jusqu'au menton.	300	—

La partie qui est le plus prononcée dans les maxillaires est le bord alvéolaire, et c'est pourquoi le maxillaire supérieur se montre prolongé au niveau de ses parties latérales et apophyses ptérygoides. Malgré un aussi grand travail morbide et malgré l'âge de 59 ans, les dents sont restées à leur place, seules les dernières grosses molaires manquent.

En outre du développement des os de la face, celui de quelques épines osseuses mérite d'être remarqué : celle du nez est

longue de 10 millimètres ; l'apophyse crista-galli mesure 17 millimètres. Il faut aussi noter le développement des lignes verticales qui séparent sur chaque maxillaire la fossette canine de la fossette myrtiforme.

Il faut aussi remarquer que le trou occipital est dans son ensemble petit, son plus grand diamètre est dans le sens transversal, la gouttière basilaire est plutôt courbe qu'excavée, la selle turcique gravement déformée et altérée.

Il ne s'agit ici ni d'hypertrophie vraie, ni d'hyperostose, ni de sclérose, car il n'y eut pas d'augmentation contemporaine de densité et de poids des os, et même les os de ce crâne présentent de l'amaigrissement ; plusieurs des os sont réellement foliacés et transparents ; seul l'os frontal montre un certain développement de sa partie spongieuse ; parmi les sutures on ne trouve de complètement soudées que la zygomatiko-temporale droite et la partie gauche de la lambdoïde, sur aucune d'elles il n'y a de vestiges de petits os surnuméraires ; tout le canal palatin ou incisif est ouvert en bas. Ceci montre que les os avaient une puissance inférieure qui les portait non à grossir et à durcir, mais à s'allonger et à se dilater et en même temps à s'éloigner les uns des autres.

Mais cela, je le répète, est spécial à la face, car le crâne tant par ses diamètres n'excède pas de beaucoup les mesures ordinaires. Et tandis que les trous de la face pour le passage des vaisseaux et des nerfs sont amples, ceux de la base du crâne sont plutôt rétrécis, en particulier le trou occipital et les trous déchirés postérieurs dont le gauche est spécialement oblique et très étroit. C'est pour cela que je considère ce crâne comme un très beau et très rare exemple de *prosopetlasie*, voulant d'un seul mot indiquer ce vice de nutrition et de développement général dont le symptôme principal est « l'agrandissement monstrueux de la face ».

Si la tendance à l'accroissement avait été plus précoce et plus générale, il en serait probablement résulté une *géante* qu'on aurait pu montrer en public comme un phénomène extraordi-

naire. Mais la taille de cette femme ne dépasse pas 1 m. 71. Les os en particulier étaient également de dimensions vulgaires. Le radius est mince, long de 230 millimètres ; sa plus grande circonférence, à l'endroit où la crête est le plus prononcée, est de 50 millimètres. Le scapulum est foliacé, semi-transparent, et ne présente de particulier que l'incisure sus-épineuse convertie en un trou parfait par une languette osseuse qui passe au-dessus, et un développement un peu supérieur à la normale de la cavité glénoïde et de l'acromion. La clavicule a des courbures assez prononcées ; en les suivant on obtient une longueur de 165 millimètres ; sa face inférieure vers l'extrémité humérale est assez rugueuse pour l'attache des ligaments et des muscles propres.

Nous n'essayerons pas de prouver que la malade de Verga était une acromégale, le professeur Pierre Marie l'a fait avant nous et sa démonstration, plus serrée, plus savante que nous ne pourrions la faire, ne saurait être suppléée ; nous nous contenterons de démontrer les erreurs commises par Verga en classant sa malade dans le leontiasis.

« Dans le leontiasis ossea type, l'hyperostose diffuse atteint tous les os de la tête, sans produire de tumeur véritable : le front est gigantesque, les malaires saillants, la partie moyenne de la face forme une masse arrondie, le maxillaire inférieur est régulièrement hypertrophié. Le nez n'est plus la partie saillante de la face, il est enfoncé entre deux masses latérales proéminentes, qui tendent à se rejoindre au devant de lui. C'est le « facies léonin ». Dans un autre type, l'hypertrophie porte souvent sur les parties moyennes et inférieures de la face. L'aspect léonin n'existe plus.

« Dans le troisième type, l'hyperostose porte surtout sur les maxillaires inférieurs.

« Dans aucun cas, les parties molles ne sont hypertrophiées.

« Les symptômes fonctionnels sont peu marqués. La céphalée est constante, la mastication est évidemment gênée. Les douleurs sont dues aux compressions nerveuses, c'est-à-dire aux complications : dacryocystite par compression du canal lacrymal, troubles de la vue, de l'odorat, de la gustation par suite des lésions des nerfs crâniens ; convulsions, celles-ci étant provoquées par la compression progressive de l'encéphale » (1).

D'après les symptômes objectifs, il ne pouvait être question de classer sa malade dans le leontiasis ossea type puisque le nez restait la partie saillante de la face, signe qui disparaît dans l'affection type.

Ce serait alors dans un des deux autres types. Or dans ces deux types de leontiasis les troubles sont constitués par une hyperostose des os normaux, non par une hypertrophie, non par un allongement des os. De plus l'affection reste limitée à la face et ne porte jamais sur les autres os du squelette. Or la malade de Verga *par trois fois*, fut obligée de faire couper ses bagues, parce que ses doigts comme toutes les parties de sa personne qui, auparavant, étaient plutôt grêles, allaient en grossissant graduellement.

En somme si la monstruosité de la face, l'amblyopie, la faiblesse de la vue, l'augmentation du maxillaire pouvaient faire penser au leontiasis ; la tumeur de la glande pituitaire, l'augmentation de volume des os du carpe devaient faire réformer ce diagnostic.

(1) PH. MAUCLAIRE, in *Traité de chirurgie* LE DENTU et DELBET.

CHAPITRE IV

ACROMÉGALE CLASSÉ DANS LE RHUMATISME DÉFORMANT

Un seul observateur, Brigidi, a cru, timidement il faut le reconnaître, devoir classer dans le rhumatisme déformant, un des plus beaux types d'acromégales qu'il fut donné à un clinicien d'observer. Si longue que soit cette observation nous n'avons pas cru devoir la résumer, car elle forme un ensemble clinique et anatomo-pathologique superposable quoique antérieur aux belles observations cliniques suivies d'autopsie qui ont servi au professeur Pierre Marie à établir et la symptomatologie et l'anatomie pathologique de l'acromégalie.

OBSERVATION BRIGIDI

Studii anatomo-pathologici supra un uomo divenuto stranamente deforma per cronica infermita. *Societa medico-fisica fiorentina*, 26 Aug. 1877.

Ghirlenzoni dans sa jeunesse était joli garçon, d'une physionomie ouverte et plutôt sympathique, aussi, ayant quelques dispositions, embrassa-t-il la carrière dramatique. Voici les renseignements fournis sur son compte par Michel Casini, barbier à Florence : « J'ai connu Ghirlenzoni depuis 1835. C'était alors un beau jeune homme de 25 ans environ, ses traits étaient parfaitement réguliers, et les diverses parties de son corps ne présentaient aucune disproportion sauf le nez qui, par sa longueur,

excédait notablement les dimensions ordinaires. Une jeune et jolie veuve, qui de plus avait une certaine fortune, s'éprit de lui, il l'épousa et en eut une fille encore vivante et bien conformée. A 35 ans, Ghirlenzoni s'en fut dans la haute Italie pour l'exercice de sa profession, et là il attrapa la syphilis. Lorsqu'il retourna à Florence, en 1859, il était déjà difforme. Il me raconta confidentiellement avoir souffert pendant plus de deux ans de ce terrible mal et me dit, qu'au cours de celui-ci, il avait vu tomber ses cheveux et son corps se couvrir de taches et de pustules. A partir de ce temps Ghirlenzoni ne fut plus jamais bien portant et sa difformité devint plus marquée d'année en année. » Jamais, d'après les témoignages de ses amis, il n'aurait, étant jeune, été atteint de rachitisme. On ne sait pas à quel âge débuta la difformité, mais ce qui est certain, c'est qu'elle se montra de plus en plus prononcée à mesure qu'il avançait en âge. Il vint un moment où cette difformité devint un moyen de succès pour Ghirlenzoni qui était resté au théâtre ; et Brigidi raconte avec quel enthousiasme les Florentins l'accueillirent lorsqu'il jouait des rôles d'amoureux, comme par exemple dans *Francisca da Rimini* au moment où, avec des gestes brûlants, il s'écriait en parlant fortement du nez :

..... t'amo Francesca, t'amo
E' disperato è l'amor mio.

Mais l'affection s'accroissant sans cesse, la gibbosité devint très marquée ; de plus l'infortuné ne pouvait plus parler couramment par suite du volume excessif qu'avait acquis la langue qui par suite de cette augmentation de volume n'était plus contenue entre les arcades dentaires et dépassait un peu les incisives. C'est à peine si ses jambes pouvaient le porter, il marchait en s'appuyant sur un bâton. Il était en outre adonné à la boisson et cela dès l'époque même où il était vigoureux ; il en était arrivé quoique très misérable à dépenser pour satisfaire ce vice le peu d'argent qu'il arrivait à se procurer.

Ghirlenzoni était un homme de taille plutôt élevée, il avait le

thorax aplati latéralement et proéminent autant en avant qu'en arrière. Cependant la courbure postérieure était plus marquée que l'antérieure et ne se trouvait pas exactement sur la ligne médiane, mais s'inclinait du côté droit, produisant une véritable scoliose avec élévation de l'épaule d'environ un centimètre. Le ventre faisait suite à la courbe antérieure du thorax, décrivant avec celui-ci un seul et même arc de cercle. Le tronc, gros et massif, était soutenu par deux membres inférieurs grêles et droits comme par deux colonnettes à large base. Les membres supérieurs étaient grêles et longs ; les mains seules étaient larges et grosses avec les doigts longs et fortement noueux. La tête semblait attachée sur le tronc ; par suite du peu de hauteur du cou incliné vers le côté gauche, elle était volumineuse et aplatie latéralement, les cheveux étaient rares et hirsutes, courts et grisonnants. Le front large, coupé de profondes rides transversales, était limité en bas par deux grandes arcades sourcilières recouvertes de longs poils noirs comme de l'encre, à peine çà et là tachetés de blanc. Cette région, regardée généralement comme un miroir de la vigueur intellectuelle, était chez Ghirlenzoni aussi belle que possible. Au-dessous, enfoncés dans les orbites, se trouvaient deux yeux petits, noirs, peu expressifs et nullement en proportion avec les larges dimensions du front.

Le reste de la face avait bien plus un aspect simiesque qu'humain ; elle était allongée avec un très fort prognathisme, aplatie et creusée latéralement comme si, par un coup de hache donné des deux côtés, on avait enlevé les joues. La langue, grosse, large, charnue, demeurait interposée entre les arcades alvéolaires, très écartées l'une de l'autre d'arrière en avant. Pour rendre encore plus difforme un aussi affreux visage, la lèvre inférieure était hypertrophiée et renversée en dehors, le nez grand et aquilin. Tout autour, la face était garnie d'une barbe rare, courte, hirsute, grisonnante par l'âge. »

Malheureux et infirme comme il l'était, Ghirlenzoni résolut de se donner la mort et, après quelques moments d'un cruel combat, il se jeta dans l'Arno, le 29 août 1875. Mais, aussitôt dans

L'eau, il se mit à crier au secours : des bateliers purent le sauver, et, d'après leur récit, son corps « flottait comme du liège ». Porté à l'hôpital, il fut pris de délire et mourut dans le coma le lendemain ou le surlendemain.

AUTOPSIE. — La longueur totale du corps était de 1 m. 66. La distance comprise entre le sommet de l'épaule et l'extrémité du doigt médius, de 81 centimètres. L'index à lui seul avait une longueur de 11 centimètres. Tous les doigts étaient noueux au niveau des articulations.

La distance comprise entre l'épine antéro-supérieure de l'os iliaque et la face inférieure du talon était de 102 centimètres, dont 53 centimètres entre l'épine iliaque et le bord inférieur de la rotule, à la malléole interne, 45 centimètres entre celle-ci et la face inférieure du talon.

Les pieds étaient gros et présentaient une déviation tenant un peu du varus et un peu de l'équin. Sur le pied droit on voyait en outre le gros orteil luxé en dedans de sorte que son extrémité libre reposait sur la racine du médius ; sur ce gros orteil existait la luxation en bas et en dedans de la phalangelette sur la phalangine, et cette même altération se retrouvait encore sur le médius, mais à un degré moins prononcé. Sur le pied gauche on n'appréciait pas de difformités notables, sinon celle des doigts pliés en marteaux.

La poitrine dont la forme a été décrite plus haut présentait de chaque côté, au niveau de l'union des cartilages costaux avec les côtes, une série de petits gonflements ayant beaucoup de ressemblance avec ceux du chapelet rachitique ; du bord du sternum au sommet de l'appendice ensiforme, 14 centimètres ; de la ligne médio-axillaire d'un côté à celle du côté opposé, à la base, 34 centimètres ; de la colonne vertébrale à la base de la poitrine, 33 centimètres.

La circonférence de la cavité thoracique au-dessous de l'angle des omoplates jusqu'au sommet du sternum était de 114 centimètres.

Mais les plus grandes irrégularités et les plus grandes disproportions se notent à la tête.

Celle-ci, considérée en masse, était très volumineuse et présentait des caractères spéciaux soit du côté du crâne, soit du côté de la face. Le crâne était nettement *dolichocéphale* ; la face présentait un prognathisme très marqué par suite de l'allongement du maxillaire inférieur.

Au-dessous de l'arcade orbitaire gauche était implanté dans l'épaisseur de la peau un kyste sébacé du volume d'une noisette.

Diamètre occipito-frontal	222 millimètres
— bi-temporal	163 —
— fronto-mentonnier	246 —
— occipito-mentonnier	258 —

Circonférence de la base du crâne en passant par la protubérance occipitale externe, au-dessus des oreilles et par la glabelle, 624 millimètres.

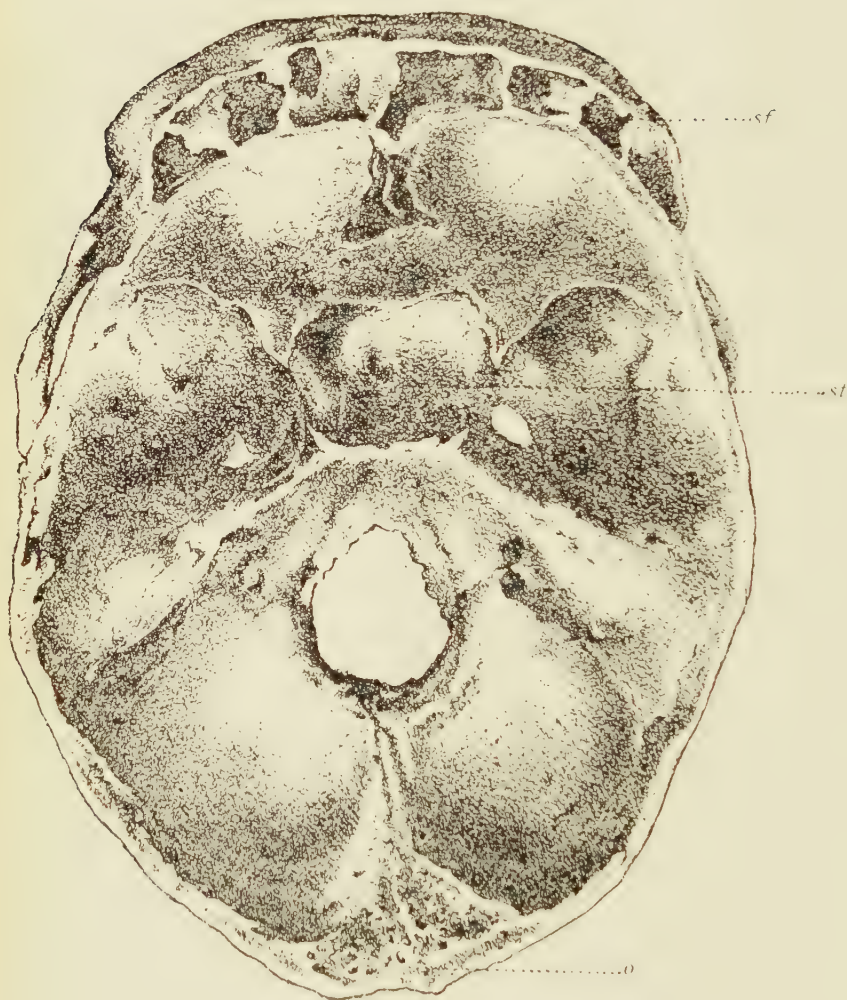
Le nez avait 10 centimètres de long, 5 de saillie et 3 cm. 5 de base.

Une autre partie du corps présentait des dimensions peu ordinaires, c'était la verge qui avait une longueur de 18 centimètres.

Chez Ghirlenzoni le nez représentait une longueur de 100 millimètres ; il en résulterait que le diamètre fronto-mentonnier aurait dû être de 300 millimètres, tandis qu'en réalité il était seulement de 246 millimètres.

Après avoir enlevé le cuir chevelu, entre l'occipital saillant et les pariétaux déprimés, on nota une saillie d'une hauteur de 55 millimètres ; sur le restant de la face externe du crâne on ne constata aucune irrégularité.

La cavité crânienne une fois ouverte avec la scie, ce qui frappa tout de suite l'attention fut la petitesse et la forme du cerveau comparées à la forme et au volume que présentait extérieurement le crâne. Tandis que celui-ci paraissait volumineux et allongé dans le sens du diamètre antéro-postérieur, le cerveau se montrait petit plus qu'à l'ordinaire et avait une forme comme sphérique. Quelle pouvait être la raison d'une telle disproportion ?



PHOTOGRAPHIE H. RYMOND

FIG. 46. — Base du crâne de Ghirlenzoni

Elle reposait sur deux faits faciles à apprécier. Le premier consiste en l'amplitude vraiment extraordinaire des sinus frontaux, le second dans l'épaisseur qu'avait acquise l'occipital au niveau du pressoir d'Hérophile. En fait, les sinus frontaux offrent d'avant en arrière une dimension de 33 millimètres c'est-à-dire 17 millimètres de plus que la moyenne établie par Parchape ; l'occipital a une épaisseur de 26 millimètres, c'est-à-dire surpasse de 16 millimètres la moyenne fixée par le même auteur.

Sur la face interne de la calotte on ne nota aucune autre particularité, sauf la synostose des sutures et l'augmentation de volume et de vascularisation des os, tout le long et sur les côtés de la suture sagittale.

A quelle cause faut-il attribuer la dilatation des tissus ? Principalement à l'atrophie du cerveau (Ghirlenzoni avait 65 ans à sa mort) ; mais je crois aussi qu'il fallait admettre une autre cause efficiente, celle-là même à laquelle est dû le développement extraordinaire des fosses nasales et dont je me réserve de parler plus loin.

Après avoir incisé la dure-mère, on trouva une pachy-méningite hémorragique étendue (que Brigidi pense avoir existé pendant la vie et avoir peut-être même été la cause des idées de suicide, par suite du trouble des facultés mentales que sa présence avait dû amener). Le cerveau est petit, sphérique avec la pie-mère opaque et parcourue de nombreuses arborisations veineuses grandes et petites. Cette membrane, au niveau de la convexité des hémisphères, avait son tissu infiltré d'une quantité notable de sérosité limpide, et se laissait, sans aucune résistance, détacher des circonvolutions. Mis à découvert, le centre ovale fut trouvé pâle et consistant. Dans les ventricules latéraux et dans le troisième ventricule, il y avait environ 20 grammes de sérosité limpide. Pour le reste de l'encéphale, rien de notable, sauf la pâleur et l'augmentation de la consistance. Cette dernière révélait les habitudes d'intempérance de Ghirlenzoni ; elle provenait de l'hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel. Quelquefois même, on le sait, chez les ivrognes cette hyperplasie en arrive

à mériter le nom de fibrome diffus, et parfois se termine par la sclérose en plaques. Dans l'encéphale de Ghirlenzoni on ne fit pas de recherches microscopiques par suite de la putréfaction déjà avancée ; mais il semble pour les raisons susdites que cette dureté excessive ne puisse se rapporter à une autre cause.

En enlevant le cerveau, deux faits également surprenants vinrent frapper l'attention : le volume hypertrophique de la glande pituitaire et la présence de deux ostéophytes styloïformes symétriquement disposés sur les parties latérales de la selle turcique, dans les fosses médianes et latérales de la base du crâne (Voir planche III).

La glande pituitaire pesait 14 grammes, elle était de forme irrégulièrement sphéroïde, avait un diamètre antéro-postérieur de 29 millimètres, le transverse de 38 millimètres et son épaisseur variait entre 12 et 19 millimètres. La coupe était grisâtre, avec des taches jaunâtres çà et là ; la consistance était partout assez grande, sauf dans le segment supérieur qui offrait une mollesse à peu près égale à celle de la pulpe cérébrale. L'examen microscopique de fines parcelles de cet organe montra une texture variée. Dans quelques endroits, la trame conjonctive était développée, tandis que ses interstices apparaissaient grands et vides, peut-être parce que, contenant une substance fluide ou semi-fluide, celle-ci s'était dispersée en faisant les préparations. Dans d'autres places c'était une texture semblable à celle de la substance médullaire des glandes lymphatiques ; les vides ne se montraient plus, ou bien, il n'y en avait que de légères traces, et en revanche le tissu était tout infiltré d'éléments cellulaires petits et faiblement granuleux. Mais, en général, la trame conjonctive présentait un développement hypertrophique et était parcourue de vaisseaux sanguins d'un diamètre proportionnellement considérable.

Les cellules contenues dans les interstices étaient de forme et de volume très variables ; les plus petites mesuraient en moyenne 8 à 10 μ et les plus grandes 18 à 25 μ de diamètre. Quelques-unes avaient un protoplasma finement granuleux et étaient

pourvues d'un ou de plusieurs noyaux, tandis que d'autres se montraient homogènes, claires, brillantes, en un mot avaient succombé à une dégénération analogue à la colloïde. Dans certains endroits, où le tissu connectif était plus développé, on ne voyait pas d'éléments globulaires, mais les interstices étaient remplis, tantôt d'une matière granuleuse avec quelques gouttes de graisse et tantôt d'une substance claire, homogène, identique à celle qui infiltre les cellules dont il a été parlé plus haut. Quant aux éléments nerveux, fibres et cellules, je n'ai pu en observer en aucun point de mes nombreuses préparations, de même que je n'ai pu non plus réussir à voir le canal central revêtu d'épithélium.

Des deux apophyses styloïdes (clinoïdes) la droite avait une longueur de 11 millimètres et la gauche de 13 millimètres (V. planche III). Actuellement ces productions morbides ne s'observent plus, car elles sont rompues pendant la préparation du squelette, seules leurs bases, de forme pyramidale, subsistent. Ces apophyses étaient cachées dans les anfractuosités qui séparaient la première et la seconde circonvolution sphénoïdale, et au moment où le cerveau fut enlevé, elles se montrèrent dégainées comme une épée hors de son fourreau.

La masse de l'encéphale entier pesait 1.275 grammes. La base du crâne se distinguait par de nombreuses singularités ; elle était large et inclinée moins que d'habitude d'avant en arrière, de sorte que les fosses occipitales paraissent être presque au même niveau que les fosses moyennes. Au centre, la fosse pituitaire attirait l'attention par ses dimensions inusitées (V. planche IV) ; de fait le diamètre antéro-postérieur était de 30 millimètres, le transverse de 40 millimètres, sa profondeur variait entre 18 et 21 millimètres. Du bord postérieur de cette fosse s'élevait perpendiculairement, sur une hauteur de 14 millimètres, une lame très mince de substance compacte, de forme carrée interrompue seulement à sa partie médiane par une fine membrane fibreuse. Les autres fosses de la base du crâne se montraient toutes moins creuses que d'habitude ; les fosses sphénoïdales avaient leur surface irrégulière par suite de diverses proéminences terminées

en pointes, et séparées entre elles par des sillons plus ou moins profonds. De plus, les os de la base du crâne se montraient assez vascularisés et riches en substance médullaire.

Passons maintenant à la description de la langue. Comme je l'ai dit, cet organe chez Ghirlenzoni était très développé : conséquemment il importait de l'examiner dans toutes ses plus menues particularités pour arriver à nous rendre compte de son volume extraordinaire. Elle fut enlevée avec le larynx et les premiers anneaux de la trachée.

Posée sur la table d'autopsie, la langue était longue, large, massive, toutes les papilles (coniques, fongiformes, caliciformes) étaient augmentées de volume, hypertrophiées. Quelques-unes des papilles caliciformes, les plus volumineuses avaient 4 millimètres de large sur 3 millimètres de haut. Le trou borgne était agrandi tellement qu'on aurait pu y introduire un gros pois. Voici les trois principales dimensions de la langue :

Longueur	140 millimètres.
Largeur	90 —
Épaisseur	35 —

Elle pesait, unie au larynx dépourvu des parties molles, 305 grammes. La section ne différait pas sensiblement de celle d'une langue normale, exception faite d'une plus grande hauteur de la couche sous-muqueuse, en conséquence de l'hypertrophie des organes glandulaires résidant dans celle-ci.

Sur quelques minces coupes pratiquées dans les points les plus épais, on note à l'examen microscopique, qu'à la composition histologique de la langue en question ne prennent pas part d'autres éléments que ceux qui se trouvent normalement dans cet organe, sauf leurs proportions plus grandes, et sans qu'il soit possible d'apprécier la prédominance de l'un d'eux sur les autres. L'unique modification qui ressort de l'examen de ces préparations consiste dans une densité plus grande du tissu cytogène environnant les nombreuses glandules en grappe, ce qui donne à ce tissu un aspect vaguement fibrillaire.

D'après ce que je viens de dire, il résulte que c'est là un cas

plutôt unique que rare, de véritable et pure macroglossite. En fait dans cette maladie, qu'elle soit congénitale ou acquise, le tissu musculaire ne constitue pas le seul élément ni le plus essentiel. En général, les auteurs se montrent enclins à assimiler la macroglossite congénitale et l'éléphantiasis, puisque, dans celle-ci comme dans celle-là, il y a dans l'organe une prédominance de tissu conjonctif simple ou mélangé à du tissu lymphatique ou à des cavités lymphatiques, comme Virchow en a rapporté un exemple. De là résultent deux variétés qui pourraient être désignées sous le nom, l'une de *sclérosique*, l'autre de *lymphatique*. Quant au tissu musculaire, tous sont d'accord pour dire qu'il n'est pas facile d'en déterminer la quantité. Burk a décrit un cas de macroglossite dans lequel il a réussi à constater une prédominance du tissu musculaire ; mais cette altération était limitée à quelques points seulement tandis que dans d'autres existait un état tout opposé. Weber est le seul auteur qui dans la macroglossite ait décrit des couches de fibres musculaires de récente formation.

Notre cas diffère donc grandement de tous les autres déjà connus dans la science, puisqu'il ne peut se rapporter ni à la macroglossite congénitale ni à la macroglossite acquise. Un léger allongement de la langue, souvent lié à un allongement égal de la mâchoire inférieure, se rencontre fréquemment chez les crétins, il n'est pas rare d'observer l'hypertrophie de la langue avec procidence de l'organe. C'est principalement sur ces faits qu'est fondée l'ancienne opinion qu'une langue épaisse et large annonce un faible degré d'intelligence.

Brigidi se demande si, chez Ghirlenzoni, il n'en était pas de même, et si, en même temps que les progrès de la maladie amenaient l'augmentation du volume de la langue, ils ne produisaient pas aussi un affaiblissement de l'intelligence. Ce fait lui semble d'autant plus probable que, d'après lui, le cerveau de cet homme avait subi une notable atrophie.

Le larynx était grand, l'épiglotte large ; cette dernière avait 32 millimètres de haut, 36 de large et 3 d'épaisseur. Les sinus glosso-épiglottiques étaient transformés en deux larges sacs dont chacune aurait été capable de contenir une noisette, ou même une aveline ; celle de gauche était un peu plus large que celle de droite.

Les organes respiratoires remplissaient complètement les deux moitiés de la poitrine ; ils étaient libres d'adhérences. Le cœur fut trouvé augmenté de volume, verticalement dirigé et très rapproché de la base du sternum ; les deux ventricules étaient agrandis par l'atrophie du tissu musculaire ; ces faits semblaient être en rapport de causalité avec l'insuffisance des sigmoïdes tant de l'artère pulmonaire que de l'aorte ; insuffisance qui, pour les premières, était causée par une réticulation étendue des minces membranes qui composent ces valvules ; pour les secondes par un premier degré de sclérose ayant succédé à l'endocardite. Les cavités droites du cœur étaient, en outre, remplies de caillots cruotiques de couleur de poix et de sang noir et diffusent.

Quant à l'examen des viscères contenus dans la cavité abdominale, on n'y trouva rien qui méritât d'être noté ; seul, l'estomac avait une amplitude notable qui, d'ailleurs, ne dépendait d'aucun obstacle mécanique au passage des aliments, le pylore étant parfaitement normal.

Squelette. — Tous ceux qui avant présentes à la pensée les formes des squelettes des premiers spécimens du grand arbre généalogique jetteraient ensuite les yeux sur le squelette de Ghirlenzoni, n'hésiteraient pas un instant à déclarer que ce dernier a plus d'analogie avec le squelette de l'orang-outang qu'avec celui de l'homme. En fait, dans le squelette de Ghirlenzoni, le crâne est peu développé dans le sens vertical, et les maxillaires sont proéminents en dehors, et forment une espèce de museau. Le maxillaire inférieur a ses angles presque complètement effacés et dépasse le maxillaire supérieur de 2 centimètres et demi. Celui-ci, à son tour, présente les fosses canines

très marquées ; son arcade alvéolaire est épaisse, large et tournée en avant. Les dents incisives sont, dans les deux mâchoires, dirigées obliquement en avant comme justement cela s'observe dans les espèces inférieures. L'examen du tronc n'offre pas de moindres analogies. Tout d'abord il se montre incliné en avant, au delà de toute mesure, tellement que le centre de gravité vient à tomber au devant des pieds. Par suite de cela, la station debout avec les talons au contact l'un de l'autre n'aurait pas été possible pendant longtemps ; et même dans la déambulation, devait se faire sentir le besoin d'un appui. Pour ce motif il est à croire que Ghirlenzoni, dans les dernières années de sa vie, courait au moyen d'un solide bâton.

Comme pour le squelette de l'orang-outang, dans celui de Ghirlenzoni le thorax a son diamètre antéro-postérieur très grand, aussi les côtes sont-elles toutes d'une longueur excessive ; la cinquième côte sternale du squelette de Ghirlenzoni mesure du côté droit 398 millimètres, du côté gauche 401 millimètres ; mesurée comme terme de comparaison, la même côte d'un autre squelette humain de bonnes proportions ne mesurait d'un côté comme de l'autre que 290 millimètres.

Par l'inclinaison du tronc en avant, le bassin a subi une rotation sur la tête des fémurs, rotation par laquelle la symphyse pubienne au lieu de regarder vers le plan antérieur du corps est tournée presque entièrement en bas, et le sacrum vient former avec la colonne vertébrale un angle d'environ 110 degrés.

Les membres ne présentent pas moins d'analogies avec les squelettes d'animaux : les inférieurs apparaissent, toute proportion gardée, longs et extrêmement droits. En fait si on mesure la distance entre la symphyse pubienne et le calcanéum, distance qui d'après Orfila et Devergie représente la longueur de ces membres on obtient 91 centimètres. Cette longueur étant considérée par les auteurs comme la moitié de la longueur totale du corps, il en résulte que le squelette de Ghirlenzoni aurait dû mesurer dans le sens longitudinal 1.820 millimètres ; tandis qu'en réalité il n'en compte que 1.650. Ce qui revient à dire que

les membres inférieurs, par rapport au tronc, avaient un excès de longueur de 8 centimètres. Mais je ne voudrais pas que l'on crût que je donne à ce chiffre une valeur réelle, parce que je sais bien que si, par la pensée, on redressait le rachis, la disproportion cesserait presque entièrement et le milieu du corps se trouverait, comme d'habitude, à peu près au pubis. Les membres supérieurs se montrent excessivement longs aussi. Laissant à part les petites différences qu'il n'est pas difficile de rencontrer dans de telles mensurations, et qui, en partie, dépendent de la façon dont celles-ci sont prises, on peut considérer comme établi que le membre supérieur entre deux fois et un quart (Devergie et Orfila) ou tout au plus deux fois et un tiers (Giosué Marcacci) dans la mesure du squelette entier. Or les membres supérieurs de Ghirlenzoni ont une longueur de 810 millimètres. En établissant les proportions, la hauteur du squelette se trouverait portée à 1.822 millimètres suivant les premiers auteurs et à 1.892 millimètres suivant Marcacci, de là résulte que le membre supérieur serait, par rapport au tronc, plus long de 160 à 230 millimètres. Mais vis-à-vis de ces résultats, on doit faire valoir les mêmes considérations qui ont été exposées plus haut relativement à la disproportion des membres inférieurs.

Voyons maintenant quelles modifications de forme et de texture sont survenues dans les divers os du squelette. Avant tout, notons quelques-uns de leurs caractères généraux pour entrer ensuite dans les particularités. Ces os se présentent, sur certains points, très minces et atrophiés, sur d'autres assez épais et compacts. Dans quelques endroits on trouve leur substance spongieuse augmentée tandis que dans d'autres on n'en trouve plus trace. En général les trous qui donnent passage, soit aux vaisseaux, soit aux nerfs, sont agrandis. Les sillons sont plus profonds et les sinuosités et les fossettes plus larges que d'habitude.

Les lignes, les crêtes, les apophyses sont très saillantes et leur surface fortement rugueuse fait naître l'idée que, dans une période de ramollissement, le tissu osseux aurait cédé aux tractions musculaires. Les têtes articulaires des os longs, et plus

encore celles des os courts du tarse, sont volumineuses et plus ou moins déformées. De plus, tous ces os, par rapport à leur volume, sont légers.

Parmi les différents os du squelette qui méritent d'être particulièrement décrits, en commençant par la tête, on trouve ceux du crâne. Mais pour ne pas tomber dans d'inutiles répétitions, je me limiterai seulement à noter que l'occipital sur la ligne médiane présente un développement extraordinaire du diploé (Voir Pl. III), développement auquel participent aussi les pariétaux le long et sur les bords de la suture sagittale ; tandis que, dans toutes les autres parties de la voûte crânienne, manque le tissu spongieux, et même dans certains points, comme par exemple au niveau des bosses pariétales, ces os sont si minces qu'en les regardant à contre-jour ils sont transparents. L'occipital présente en outre une apophyse basilaire assez courte, ce qui, en grande partie, est dû à l'agrandissement en arrière de la fosse pituitaire.

Quant aux os de la face, le maxillaire inférieur est celui qui offre les plus grandes déviations du type normal. Outre son excessive longueur et le manque des angles il se montre très élargi au niveau des incisives et plus étroit que de coutume au niveau des dernières molaires. Son épaisseur en général est diminuée, mais en certains endroits, comme au niveau des apophyses géni, elle est au contraire augmentée, car avec les compas d'épaisseur elle ne mesure pas moins de 18 millimètres. Son bord inférieur n'est plus lisse et rond, mais large, déformé, et laisse facilement distinguer deux lèvres l'une antérieure, l'autre postérieure, toutes deux plus ou moins sinueuses tant dans le sens vertical que dans le sens transversal.

La colonne vertébrale se trouve coudée à angle presque droit entre le point d'union de la cinquième avec la sixième vertèbre dorsale ; mais cette déviation, avant de se faire sur la ligne médiane, s'est produite latéralement à droite ; aussi en est-il résulté une scoliose assez notable. La portion supérieure du coude ainsi formé est dirigée horizontalement en avant et un peu vers le

côté gauche jusqu'à la septième cervicale ; là elle se redresse de nouveau mais non pas autant que normalement, de sorte que toute la partie cervicale du rachis présente une obliquité antérieure en même temps que la torsion est prédominante vers le côté gauche. Au-dessous du coude angulaire commence peu à peu à se dessiner une nouvelle courbure, à convexité du côté gauche, destinée à rétablir le centre de gravité perdu : cette courbe, au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, est déjà bien manifeste et se poursuit en bas jusqu'au coccyx.

Si l'on examine attentivement le rachis au niveau de la gibbosité, on voit clairement que les vertèbres dorsales, de la troisième à la septième, se trouvent ankylosées entre elles et ont perdu un peu de leur hauteur naturelle. Ce dernier fait paraît très évident surtout pour la troisième et la quatrième vertèbre dont les corps réduits d'un tiers de leur hauteur se sont réunis de façon qu'il en résulte une légère saillie en avant. Toutes les autres vertèbres prises indistinctement présentent leurs trous nourriciers larges, leurs apophyses épineuses minces et leurs masses apophysaires plus ou moins déformées.

Les côtes, outre qu'elles sont, comme je l'ai dit, très longues, sont minces et aplaties près de leur extrémité antérieure, tandis qu'au voisinage de leur angle elles sont grêles et de forme prismatique.

Le bassin présente des trous obturateurs assez larges et les crêtes des os iliaques sont renversées en dehors avec leurs trois lèvres plus saillantes et plus rugueuses que d'habitude ; les lignes semi-circulaires de la face externe de l'os iliaque se montrent très apparentes.

Aux membres supérieurs, les phalanges méritent une mention tant pour leur longueur que pour leur circonférence ; voici les mesures du doigt médius de la main droite chez Ghirlenzoni :

Première phalange, longueur	50 millimètres
Deuxième phalange ou phalangine	35 —
Troisième phalange ou phalangelette	24 —
Circonférence de la première phalange	34 —

Sur un autre homme proportionné les mêmes mensurations ont donné les résultats suivants :

Première phalange, longueur	44 millimètres
Deuxième phalange ou phalangine	30 —
Troisième phalange ou phalangette	20 —
Circonférence de la première phalange.	31 —

Les membres abdominaux présentent les os de la cuisse et de la jambe assez développés, spécialement dans le sens de la grosseur.

Longueur :		Ghirlenzoni. Homme normal.	
Fémur	463 millim.	405 millim.	
Tibia	390 —	368 —	
Péroné	400 —	369 —	
Circonférence de la diaphyse :			
Fémur	100 —	98 —	
Tibia	102 —	85 —	
Péroné	48 —	35 —	

Les os courts du pied participent eux aussi aux altérations ; de plus, ils présentent les cartilages articulaires atrophies çà et là et érodés, et le tissu osseux sous-jacent raréfié, plus spongieux et plus vasculaire que d'ordinaire.

A quelle espèce morbide faut-il rapporter les altérations du squelette déjà décrites ?

L'auteur après avoir éliminé le rachitisme admet que *le rhumatisme* est peut-être en cause, mais *un rhumatisme tout à fait anormal*. Mais quelle que soit la cause qui a si profondément troublé les actes nutritifs d'un tissu aussi compact et aussi résistant, il est certain que le processus morbide ne doit pas avoir été différent d'une ostéite lente et que, comme dans celle-ci, il

doit y avoir une première période de raréfaction et de vascularisation excessives qui a conduit à l'affaiblissement du tissu, et secondairement une deuxième période qui a fini avec l'atrophie et la néoformation ou simultanément avec l'une et l'autre altération : comme un exemple de celle-ci on peut citer les os de la base du crâne et les vertèbres dorsales. Les mêmes faits peuvent être démontrés sur la coupe de la diaphyse du fémur. Là on voit clairement comment l'augmentation de volume de l'os, conséquence de l'addition de nouvelles couches de tissu osseux provenant du périoste, se trouve combinée à l'atrophie des couches internes : aussi le canal médullaire se montre-t-il considérablement et inégalement agrandi. Sur la surface de section des parois elles-mêmes du corps de la diaphyse on note deux couches d'inégale grosseur, l'une externe d'un blanc d'ivoire, l'autre interne infiltrée de substance médullaire huileuse, ce qui indique une raréfaction.

Ces altérations apparaissent encore plus nettement sur les préparations microscopiques. Si on examine une section transversale de la diaphyse du fémur, on voit quelques canalicules de Havers plus petits que normalement, tandis que d'autres ont un diamètre deux ou trois fois plus grand. A l'entour on note les lames concentriques ordinaires formant gaine aux vaisseaux sanguins. Mais ce qui, plus que toute autre chose, arrête l'attention de ceux qui observent ces préparations, c'est que, à la périphérie de ces gaines, se voient un certain nombre de segments de cercle formés de lames concentriques avec leurs extrémités tronquées appuyées sur les lames les plus périphériques de celles appartenant aux gaines complètes. Quant aux corpuscules osseux, ceux-ci, en général, se montrent volumineux avec les canalicules courts en forme d'épines ; quelques-uns de ces corpuscules, mais peu nombreux, ont les canalicules d'apparence chevelue et plus grands que normalement. Une autre particularité à noter, c'est que la substance fondamentale n'est plus transparente, claire et homogène, comme d'ordinaire, mais très finement ponctuée, ce qui donne aux préparations une moindre

transparence. Toutes ces altérations concordent, semble-t-il, à indiquer les phases du processus morbide telles qu'elles ont été décrites plus haut.

Au point de vue de la cause de ces altérations, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

La diathèse rhumatismale peut exercer son action sur le système osseux et de différentes manières. Consécutivement aux lésions des articulations (synovites, chondrites) le tissu osseux peut s'altérer dans le sens de l'atrophie ou de l'hypertrophie. Primitivement, il peut exister des phénomènes d'ostéite aiguë ou chronique et alors les lésions articulaires n'ont qu'une importance secondaire. L'hyperostose rhumatismale primitive présente des analogies trompeuses avec les lésions syphilitiques, scrofuleuses, rachitiques et autres et ne peut être distinguée sur le vivant que moyennant un examen très soigneux, et précisément avec l'aide des antécédents personnels et héréditaires.

Quel lien existe entre les différentes difformités qui viennent d'être signalées ? Je considère, dit-il, comme bien établi que la maladie de Ghirlenzoni a commencé par le squelette : je ne saurais dire dans quelle partie ; mais je pense que jusqu'à ce que le rachis et les côtes fussent envahis par le processus morbide, la régularité des formes ne devait pas avoir été altérée.

Puis lorsque, par suite des lésions survenues à la colonne vertébrale, celle-ci se fut pliée en formant un angle, et que les côtes se furent allongées par suite de l'affection inflammatoire, les viscères contenus dans le thorax (par eux-mêmes volumineux et fonctionnant avec beaucoup d'énergie), ne trouvant plus dans les parties dures une résistance proportionnée, acquièrent peu à peu un développement insolite. Et vice-versa, les côtes sous cette incessante pression produite par les viscères durent s'allonger davantage et s'aplatir près de leur extrémité antérieure, comme nous le voyons dans ce squelette, tandis que d'autre part, la colonne vertébrale sous le poids du corps et par suite

des tractions des côtes en avant devait s'incurver de plus en plus. En invoquant ce manque d'équilibre entre les forces internes et le manque de résistance qui lui est opposé par la cage thoracique, on arrive, il me semble, à se rendre assez bien compte de la double gibbosité, ou pour mieux dire de la forme très singulière qu'avait acquise le thorax de Ghirlenzoni, en même temps qu'on a un moyen pour expliquer d'autres faits en rapport avec les plus grandes déformations du squelette.

Par la déviation en avant de la portion cervicale de la colonne vertébrale, l'espace compris entre le jugulum et le menton se trouvait diminué d'un tiers et plus ; le larynx devait aussi se trouver repoussé en haut, et venir au contact de l'isthme du gosier et se trouver ainsi porté au niveau auquel il arrive dans les actes de la déglutition.

En conséquence de cela, la langue ne pouvait faire moins que de se trouver gênée dans ses mouvements et de réagir sur les os maxillaires et principalement sur l'inférieur, ayant avec celui-ci de plus étroits rapports. Les incessants efforts faits par la langue pour vaincre la résistance des maxillaires conformément aux lois physiologiques, devaient rendre la nutrition plus active dans cet organe, aussi n'est-il pas étonnant si ses muscles ont acquis un développement hypertrophique.

Pour rendre plus plausible l'explication donnée de sa macroglossite il faut noter les conditions spéciales des organes circulatoires. Le cœur, accompagnant le sternum, s'était éloigné du rachis, et par suite du développement extraordinaire des poumons, avait perdu sa direction habituelle pour en prendre une nettement verticale ; tandis que l'arc aortique avait éprouvé un agrandissement, spécialement dans sa portion qui se trouve au delà de l'origine des gros vaisseaux. Par suite des conditions susdites, il s'était produit un rapprochement du centre cardiaque vers la tête et l'impulsion du cœur se faisait particulièrement sentir sur les artères qui se distribuent aux parties supérieures du tronc (cou et tête) ; aussi ces artères devaient-elles s'agrandir d'une façon consécutive, comme, en fait, elles furent trouvées

à l'autopsie. A tout cela il faut ajouter (s'il est vrai que Ghirlenzoni fut adonné aux plaisirs de Bacchus) la stimulation que les spiriteux déterminent sur la fibre musculaire et par laquelle se produisent des altérations plus ou moins considérables. Et nous avons en effet, à l'autopsie, trouvé dans le cœur des lésions assez marquées, ce qui coïnciderait avec les inductions qui précèdent.

L'hypertrophie de la langue une fois survenue, ses effets devaient se faire sentir principalement sur les os maxillaires. Cependant, il faut l'avouer, les difformités de ces os sont trop significatives pour qu'on puisse attribuer tout à la cause indiquée. Si les os n'avaient pas perdu de leur résistance naturelle, il n'y aurait pas eu un allongement aussi notable de la mâchoire inférieure non plus que la disparition de ses angles, ni la déviation en dehors des arcades alvéolaires. On aurait plutôt vu se produire ceci qui a plus d'une fois été observé dans les cas de macroglossite, je veux dire la procidence de la langue ; mais par suite de la maladie dont les os étaient atteints, ils n'ont pu résister à ces efforts incessants dont l'effet était accru par l'hypertrophie de l'organe et ont cédé.

Mais cette déviation du type normal des os maxillaires ne pouvait être l'œuvre de quelques jours ; avant que le prognathisme se prononçât, la langue qui se trouvait ramassée dans la bouche et la partie supérieure du pharynx, devait avec sa base fermer en grande partie les fosses nasales postérieures et rendre extrêmement difficile la respiration. C'est pour parer à cet inconvénient que se produisit l'agrandissement des fosses nasales et comme conséquence le développement disproportionné du nez. Mais normalement toutes ces déformations ne seraient pas survenues, si à cette époque, ou auparavant, les os n'avaient pas été malades au point de perdre leur résistance naturelle.

Par les communications existant entre les fosses nasales et les sinus frontaux, il est à croire que ces dernières cavités avaient subi aussi un agrandissement qui devint plus grand dans la suite, quand, par l'abus des substances alcooliques et par l'âge, survint

l'atrophie des lobes cérébraux antérieurs : car alors, comme je l'ai dit, la table interne suivant le cerveau dans les mouvements s'éloigne de la table externe, produisant l'agrandissement de ces sinus.

Quant à l'hypertrophie de la lèvre inférieure et de la portion molle du nez, je crois que, en grande partie, il faut l'attribuer à cet état d'irrigation sanguine exagérée dans laquelle, pour les raisons signalées plus haut, devait se trouver la tête. Même le développement hypertrophique de la glande pituitaire tenait très probablement à cette cause bien plus qu'à la répercussion sur cet organe de l'état irritatif des os avec lesquels il était en contact. Il resterait à indiquer les raisons du volume extraordinaire de la verge, mais peut-être ce phénomène devait-il être rapporté en partie à un développement congénital, et en partie à un développement excessif dans cet organe du système veineux consécutif principalement à la maladie du cœur.... L'auteur explique d'ailleurs qu'il ne tient que médiocrement à toutes ces explications et est prêt à les abandonner, si quelqu'un en trouve de meilleures.

De cette longue et minutieuse observation, nous ne retiendrons pas l'essai d'explication de l'influence du développement des viscères sur le squelette ou du squelette sur les viscères. Nous nous contenterons de constater que tous les signes objectifs, fonctionnels de l'Acromégalie tels que les a différenciés le professeur Pierre Marie ont été présentés par Ghirlenzoni. Et que Brigidi tout en faisant de son malade une victime de la diathèse rhumatismale a senti qu'il se trouvait en face d'hyperostoses rhumatismales atypiques. En effet :

« Dans le rhumatisme chronique. Le début se fait symétriquement sur les deux membres supérieurs, à leur extrémité et se localise d'emblée dans les petites articulations

métacarpo-phalangiennes et des phalanges entre elles. Ces polyarthrites s'accompagnent bientôt de douleurs périarticulaires dans les masses musculaires, entraînant à leur tour des réactions spasmodiques des muscles d'où la production d'attitudes vicieuses et de griffes spéciales.

« Il y a des phénomènes de tuméfaction au niveau des parties molles, se traduisant par de l'hydarthrose ou de l'épaississement de la synoviale et des phénomènes de même nature au niveau des parties dures donnant des ostéophytes, des bourrelets osseux.

« Le début se fait de même aux membres inférieurs par les orteils.

« Enfin dans les cas intenses, les articulations de la tête et du rachis sont prises, et le malade a la tête fléchie, le menton touchant le sternum (1). »

A part les déformations des articulations des phalanges du tarse, leur position et l'attitude de la tête qui pouvaient à un examen superficiel être imputées à un rhumatisme déformant intense — rien ne peut excuser ce diagnostic. Les mains sont indemnes, au moins de lésions rhumatismales, or c'est par les mains que débute le rhumatisme déformant. Jamais ni aux mains ni aux pieds Ghirlenzoni n'a eu d'hydarthrose. Pas d'ostéophytes, pas de bourrelets osseux. Les lésions portent sur le tissu spongieux considérablement hypertrophié par de petits nodules sous-périostiques :

Mais à côté de cela. Un squelette nasal considérablement augmenté. Une langue tellement hypertrophiée

(1) J. TEISSIER et G. ROQUES, article Rhumatismes chroniques, in *Traité de médecine et thérapeutique* BROUARDEL-GILBERT et GIRODE.

qu'elle ne peut plus être contenue entre les arcades alvéolaires. Une augmentation considérable, en longueur, de la face et du maxillaire inférieur surtout, constituant un prognathisme caractéristique. Puis des sinus frontaux énormes et une selle turcique extraordinairement développée.

Certes Brigidi fut bien inspiré de voir là une forme *anormale* de la diathèse rhumatismale et mieux inspiré encore de déclarer qu'il ne tenait pas outre mesure à ses explications et à son diagnostic. Il a au moins le grand mérite d'avoir relevé là une observation typique dont la précision et la multiplicité des détails, malgré son erreur, ont la signature d'un grand clinicien.

CHAPITRE V

ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LE GIGANTISME

Ce chapitre comprend deux observations.

La première, écourtée sur tout ce qui a trait au sujet vivant, est une étude fort détaillée d'un squelette encore au musée pathologique de Bologne, étude faite par le professeur Taruffi de Bologne et complétée, à la prière du professeur Pierre Marie, par le docteur Melotti de Bologne.

La deuxième observation est de Fritsche et Klebs, elle comporte l'observation faite sur le vivant et le protocole de l'autopsie.

Ces deux observations ont déjà paru d'ailleurs successivement dans la *Revue de Médecine* d'avril 1886 et la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* 1888 et 1889 sous la signature de M. Pierre Marie. Puis Sousa Leite en fit un résumé dans sa thèse en 1890.

OBSERVATION TARUFFI.

Della macrostomia. *Annali universali di medicina*,
1879, t. CCXLVII et CCXLIX.

En 1879, M. C. Taruffi, professeur d'anatomie pathologique à Bologne, décrit d'une façon très détaillée le squelette de Marchetti, conservé à peu près intact dans un musée pathologique de cette ville ; seulement, Taruffi fut d'opinion que le sque-

lette dont il s'agit avait appartenu à un géant. Marchetti fut renommé comme un grand mangeur, sa stature était de 1 m. 80. Il avait la face très allongée dans le sens vertical, modification dans laquelle, dit Taruffi, la hauteur du crâne n'entraît qu'à un très faible degré. Son maxillaire inférieur était agrandi notamment d'arrière en avant, ses angles n'existaient plus et étaient remplacés par deux lignes courbes, en un mot prognathisme du maxillaire.

Description du squelette. — Son squelette a une hauteur de 1 m. 77, soit 1 m. 80 de taille de son vivant.

Crâne rétréci latéralement et allongé d'avant en arrière, décrivant une courbe très régulière, sauf une dépression parsemée de nombreux foramina au voisinage de la ligne sus-orbitaire. Toutes les sutures ont disparu, sauf quelques traces de la sagittale et de la coronaire.

La ligne semi-circulaire de la tempe est très saillante en avant.

Les surfaces d'insertions musculaires sur l'occipital sont très développées.

Les apophyses mastoïdes et styloïdes sont développées.

Les condyles de l'occipital sont aplatis par suite d'une usure manifeste.

Les sinus frontaux sont extraordinairement dilatés, et la distance entre l'apophyse crista galli et la glabelle est de 2 centimètres. L'écaille des temporaux est amincie, tandis que les autres os du crâne ont une épaisseur ordinaire; cependant les bords de la gouttière du sinus longitudinal se montrent surélevés par rapport à l'occipital, et la gouttière elle-même dans toute son étendue présente de nombreux trous vasculaires; en somme, tous les points de passage des vaisseaux et des nerfs à la base du crâne sont notablement larges.

Quoique la face soit extraordinairement longue, elle n'offre pas une largeur proportionnée, puisque les os zygomatiques ne sont pas plus grands qu'à l'ordinaire.

Les orbites ont une forme irrégulière, produite par ce fait que

l'angle inférieur externe s'abaisse davantage vers l'apophyse orbitaire de l'os malaire.

Les incisures sus-orbitaires sont très profondes, celle de droite est convertie en un trou.

Les os nasaux sont longs et ont perdu toute trace de suture avec les apophyses ascendantes des maxillaires.

La lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le système cartilagineux (ossifié) vont obliquement à droite jusqu'à la moitié de la cavité olfactive, puis le septum et le vomer retournent graduellement sur la ligne médiane pour se souder avec l'épine nasale, celle-ci fait une saillie notable au-dessus de l'articulation des deux maxillaires entre eux et descend jusqu'à l'origine des alvéoles.

Les maxillaires supérieurs sont longs de 88 millimètres, soit 22 de plus que normalement ; ils se creusent sous les orbites, se relèvent inférieurement et sont saillants dans leur région alvéolaire, mais les fosses canines demeurent très profondes de sorte qu'elles prennent la forme de gouttières. Les processus alvéolaires et les dents sont dirigés un peu en dehors, cependant leurs couronnes, particulièrement celles des incisives, au lieu de coïncider avec celles des dents de la mâchoire inférieure ou de tomber en avant d'elles, se trouvent placées en arrière, laissant entre elles et ces dernières un intervalle de 2 millimètres.

La voûte du palais est très haute.

Les apophyses ptérygoïdes ont un développement proportionné à celui des mâchoires.

A la mâchoire inférieure, les têtes des condyles sont relativement minces d'avant en arrière (6 mill.), très larges dans le sens transversal (22 mill.), et tournées un peu en avant. Leurs collets présentent des modifications analogues, et, en outre, leur face antérieure est concave, avec un petit tubercule osseux au bord externe.

Les processus coronoïdes sont amincis, tournés en avant et surpassent en hauteur le plan des têtes des condyles de 12 millimètres.

Les deux branches verticales se montrent très agrandies, mais plus en longueur qu'en largeur et leur bord postérieur ne forme pas un angle se continuant avec la portion horizontale, mais décrit une courbe qui se rehausse vers la pointe du menton. Le bord lui-même, quand il se réunit à la portion horizontale, ne se continue pas avec celle-ci suivant un même plan vertical, mais présente un accroissement de volume notable limité supérieurement par la ligne oblique, ce qui, joint à la longueur extraordinaire des deux branches verticales, contribue à faire saillir le menton de 3 cm. 1/2 hors du plan de la ligne sus-orbitaire.

Le corps du maxillaire inférieur au niveau des incisives a une hauteur de 19 millimètres, tandis qu'au niveau de la seconde molaire cette hauteur n'est que de 28 millimètres, d'où il résulte que le plan des incisives est supérieur d'environ 10 millimètres à celui des molaires. Le corps du maxillaire supérieur a en outre sa face antérieure concave, mais les alvéoles sont perpendiculaires.

Les deux trous mentonniers sont très larges. Les empreintes d'insertion du digastrique sont très accentuées.

En l'absence de renseignements sur l'état de la face intérieure du crâne dans la description de M. Taruffi, le professeur Pierre Marie s'adressa à son confrère et ami le Dr Jules Melotti de Bologne, lui demandant d'examiner lui-même cette partie du squelette.

Voici les résultats de cet examen communiqués en juillet 1887 par M. Melotti à M. Pierre Marie.

« La selle turcique est considérablement agrandie en longueur, largeur et profondeur, et cela aux dépens du sinus sphénoïdal qui a presque entièrement disparu, ainsi que la gouttière qui reçoit l'entrecroisement des nerfs optiques.

Les mesures suivantes donnent l'idée de cette augmentation des dimensions de la selle turcique :

Distance entre les deux apophyses clinoides		
antérieures.	38	millimètres
Distance entre les deux trous optiques . . .	26	—
Longueur de l'apophyse clinotide antérieure		
droite	16	—
gauche.	13	—

La distance entre les deux apophyses clinoides antérieures est presque le tiers de la largeur totale du crâne, tandis que normalement elle n'en est que le cinquième.

Distance entre les deux apophyses clinoides		
postérieures.	29	millimètres
Distance entre les deux apophyses clinoides		
droites (ant. et post.)	20	—
gauches	17	—
Diamètre transversal de la selle turcique :		
1/3 antérieur	32	—
1/3 moyen	32	—
1/3 postérieur.	30	—
Diamètre antéro-postérieur	30	—
Profondeur.	48	—

Il est donc bien évident que les dimensions de la selle turcique sont pour ce crâne considérablement augmentées. »

La colonne vertébrale montée à jour avec des fils métalliques a une hauteur de 660 millimètres, du plan supérieur de l'atlas au plan inférieur de la dernière vertèbre lombaire, et de 750 millimètres du plan supérieur de l'atlas au plan inférieur du coccyx. La corde qui sous-tend le sacrum a une longueur de 90 millimètres. Les courbures du rachis sont régulières, sauf dans la portion supérieure de la région cervicale où les vertèbres sont inclinées en avant. Le corps de chaque vertèbre est plus large qu'à l'ordinaire mais non plus élevé, c'est ainsi que par exemple pour l'avant-dernière vertèbre lombaire, le diamètre antéro-postérieur est de 4 centimètres, le transversal de 6 centimètres soit 1 centimètre de plus que la normale pour l'une et l'autre

dimension, tandis que la hauteur est de 2 centimètres, ce qui est à peu près la mesure ordinaire.

A la première vertèbre cervicale, on remarque l'ossification complète des bords du trou placé à la base de l'apophyse transverse pour le passage de l'artère vertébrale, ce qui n'est pas rare, mais en outre on voit que le sillon supérieur destiné au passage de cette artère est converti en un trou osseux.

Toutes les autres vertèbres cervicales ont le corps un peu saillant sur la ligne médiane, les lames de l'arc postérieur raboteuses extérieurement, et les apophyses épineuses plus ou moins bifides.

Quant aux vertèbres dorsales, la face antérieure du corps est poreuse, avec de petites végétations osseuses au niveau des bords. Les apophyses transverses sont très rugueuses. A la douzième dorsale on constate l'existence de deux tubercules irréguliers qui prolongent en arrière les apophyses articulaires supérieures analogues aux tubercules mamillaires de la première lombaire ; au contraire les apophyses transverses sont plus rudimentaires que normalement.

Pour ce qui est de la colonne vertébrale, l'anomalie la plus importante consiste dans l'existence d'une vertèbre surnuméraire située au-dessous de la douzième dorsale. Cette treizième vertèbre dorsale porte à droite deux facettes articulaires, l'une située sur la partie latérale du corps, l'autre sur l'apophyse transverse correspondante, elles s'articulent avec la tête et la tubérosité d'une côte surnuméraire longue seulement de 4 centimètres et très grêle ; à gauche il n'y a pas de facette articulaire sur les parties latérales du corps, mais seulement sur la petite lame qui représente l'apophyse transverse ; elle s'articule avec une côte rudimentaire longue de 2 centimètres. Cette treizième vertèbre dorsale diffère de la douzième par le plus grand développement du corps des tubercules mamillaires et de l'extrémité de l'apophyse épineuse ; celle-ci, outre qu'elle est notablement épaissie, est un peu plus horizontale que l'apophyse épineuse située au-

dessus d'elle : enfin les deux apophyses transverses sont beaucoup plus étroites que celles de la douzième dorsale.

Les cinq vertèbres lombaires n'ont de particulier que des dimensions plus grandes de leurs facettes articulaires, et la présence de végétations sur les bords de ces facettes. La dernière de ces vertèbres possède en outre des apophyses transverses manifestement plus grosses que les autres, avec les extrémités bifides, et forme un angle de 110 degrés avec la première vertèbre sacrée.

Le sacrum, de même que les autres vertèbres, est très gros sans que sa longueur soit proportionnellement accrue, sa concavité est plus prononcée qu'à l'ordinaire, sa face convexe est très rugueuse : le coccyx, au contraire, a ses vertèbres très réduites, et particulièrement la première.

Le thorax est ample et bien conformé : le corps de la onzième vertèbre dorsale est distant de l'appendice xyphoïde de 21 centimètres, et, de la moitié de la huitième côte à la moitié de la même côte du côté opposé, la distance est de 31 centimètres. La partie postérieure des côtes est grosse, arrondie, avec rehaussement des lignes obliques ; la partie latérale est aussi plane que d'habitude, mais beaucoup plus large et plus forte : la largeur des 7^e, 8^e et 9^e côtes atteint 2 centimètres. La portion cartilagineuse est ossifiée jusqu'à la 10^e côte. Le sternum a une longueur de 24 centimètres, soit environ 5 centimètres de plus qu'à l'ordinaire, sa grosseur est proportionnée à celle des côtes : en outre la poignée est soudée au corps de l'os.

La clavicule et le scapulum sont, eux aussi, proportionnés aux dimensions du thorax. Pour le second de ces os la longueur du bord spinal est de 17 centimètres, celle du bord supérieur est de 9 centimètres : en y ajoutant l'apophyse coracoïde, il atteint 12 cm. 1 2 ; la longueur de l'épine scapulaire jusqu'à l'extrémité de l'acromion est de 18 centimètres. Cette épine est très développée et en partie renversée en bas. Le bord axillaire dans sa partie inférieure s'allonge en forme de lame sur 13 millimètres.

Les os des membres supérieurs n'offrent pas un développement

aussi exubérant que les os du thorax ; les humérus sont à peine plus gros (circonf. 8 cent.) et pas plus longs qu'à l'ordinaire ; leur gouttière de torsion est très large et le tiers inférieur est un peu incurvé avec des bords très rugueux, ce qui s'observe aussi pour l'épitrachée et la cavité coronoïde.

Les os de l'avant-bras sont légèrement plus gros, mais non plus longs que normalement. Au cubitus, l'apophyse coronoïde est plus saillante, l'olécrane est gros et rugueux extérieurement ; le tiers inférieur du cubitus présente au contraire un rétrécissement en guise de col, la surface d'articulation de sa tête avec le radius est un peu plus haute que d'habitude.

Le radius présente une tubérosité bicipitale concave et rugueuse tandis qu'elle est ordinairement convexe et assez lisse.

Les os des mains n'offrent de particulier que l'accroissement de leur volume et le rehaussement des bords des deux premières phalanges à la face palmaire.

Le pelvis est bien conformé, ses os sont augmentés de volume avec des rugosités analogues à celles déjà signalées pour d'autres os, surtout dans les points d'insertions musculaires, leurs dimensions sont proportionnelles à celles des côtes et des vertèbres. La hauteur du bassin mesure 23 centimètres, sa largeur entre les deux points extrêmes d'une crête iliaque à l'autre 30 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur est de 97 millimètres et le diamètre transversal de 132 millimètres. Le plan du détroit supérieur a une inclinaison de 32 degrés seulement, ce qui est très inférieur à la moyenne admise par Nægele (60 degrés).

Les fémurs sont très longs et très gros, dans leur tiers moyen ils ont une circonférence de 105 millimètres (au lieu de 86 millim.). Pas d'anomalie dans leur forme, sinon la présence des aspérités déjà signalées. Cependant l'angle du col avec la diaphyse n'a que 120 degrés soit 5 degrés, de moins que la moyenne (120 degrés à 130 degrés).

Les os de la jambe et du pied sont, eux aussi, volumineux, par exemple le tibia a une circonférence de 95 millimètres à son tiers

moyen, au lieu de 80 millimètres, mais ni le tibia, ni le pied ne sont plus longs que normalement.

Ainsi donc voilà un squelette que Taruffi a cru devoir cataloguer parmi les géants. Et pourtant ce squelette présente d'abord une longueur peu exagérée, 1 m. 77, ce qui faisait une taille de 1 m. 80 pour le sujet vivant. De plus les malformations ou plutôt déformations qu'il présentait en certaines de ses parties étaient assez caractéristiques d'un état pathologique. Or le gigantisme n'est le plus souvent que l'*exagération d'un processus normal*. Et si la confusion du gigantisme et de l'acromégalie est possible en l'absence d'un examen un peu détaillé, elle reste inexplicable pour Taruffi après l'examen en somme assez complet qu'il fit du squelette. Nous savons bien qu'il ne fut pas frappé par les dimensions considérablement exagérées de la selle turcique. Mais lui-même ne nota-t-il pas l'allongement très marqué de la face dans le sens vertical, le développement considérable du maxillaire inférieur surtout dans le sens antéro-postérieur, la dilatation énorme des sinus frontaux, l'allongement important des os du nez, le développement des apophyses ptérygoïdes, l'élargissement des côtes, l'accroissement de volume des os des mains sans allongement ni du squelette des mains ni du squelette des bras ?

Comment donc expliquer que Taruffi n'ait pas eu l'attention attirée par toutes ces lésions d'ordre pathologique et comment put-il se déterminer à classer parmi les géants un squelette aussi malade ? Nous n'essayerons pas de l'expliquer. Mais nous trouverons son excuse dans la préci-

sion d'une observation qui a permis de faire sans hésitation le diagnostic d'acromégalie porté par le professeur Pierre Marie.

OBSERVATION FRITSCHÉ ET KLEBS

Ein beitrage zur Pathologie des Riensenvuchses *Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen*, Leipzig, 1884.

Peter Rhyner, 44 ans, célibataire. Aucune affection analogue n'aurait été observée dans sa famille. Lui-même était né avec toutes les apparences d'une santé normale ; pas de rachitisme, et d'ailleurs aucune maladie. Dans les premières années de l'âge adulte il comptait à Elm parmi les gens de taille moyenne (les habitants de ce pays sont réputés pour leur haute taille et leur belle stature). Le malade ne sait pas au juste combien il mesurait, mais il se souvient que, quand il était militaire, il avait un peu moins de six pieds (1^m83). Son dos était alors parfaitement droit. Le poids du corps était de 75 kilogrammes, il aurait même un moment atteint 83 kilogrammes.

La maladie actuelle commença il y a environ huit ans, c'est-à-dire à l'âge de 36 ans, par des douleurs et de la faiblesse dans les mains. Les douleurs ne se localisèrent pas aux seules articulations, mais siégèrent vraisemblablement sur tous les points. Elles sont décrites par le malade comme des tensions, des tiraillements. En même temps il y aurait eu un léger gonflement des mains avec rougeur de celles-ci ; d'après la description du malade, il ne s'agissait pas là d'un processus aigu inflammatoire, non plus que d'un véritable œdème, car la pression ne formait pas de godet.

Peu à peu les douleurs remontèrent dans les bras et se montrèrent tantôt plus, tantôt moins fortes sur tout le corps. Les douleurs de tête furent particulièrement pénibles, elles étaient fréquentes ; depuis les six dernières années elles étaient restées localisées derrière les oreilles ; depuis les trois dernières années, elles s'étaient étendues avec moins d'intensité à toute la tête.

Le visage a toujours été un peu pâle et l'est resté. C'est seulement dans les deux dernières années que les jambes devinrent douloureuses, particulièrement les genoux, cet été, mais jamais les pieds n'ont été notablement douloureux. Dans le temps, le malade prétend avoir eu des fourmillements dans les mains et une diminution de la sensibilité, mais tout cela a disparu, ainsi qu'une tendance très marquée à suer des mains.

En même temps que ces sensations douloureuses, survint l'augmentation de volume des mains, des pieds, des oreilles, des lèvres et même de toute la tête, du cou et des genoux ; c'est l'épaississement des doigts qui attire tout d'abord l'attention, en dernier lieu celui des genoux ; d'ailleurs, l'augmentation de volume paraît être survenue partout en même temps. La circonférence du thorax s'accrut aussi d'une manière très notable ; mais d'après la conviction du malade, les bras et les jambes n'auraient éprouvé aucune modification en longueur.

C'est également à cette époque que se montra une incurvation de la colonne vertébrale, une cyphose lentement progressive.

Depuis environ deux ans, l'augmentation de volume des différentes parties du corps et la cyphose se sont arrêtées, et, en effet, pendant toute l'année où M. Fritsche a pu l'observer, il n'a constaté aucune modification.

A peu près en même temps que les autres symptômes survint une faiblesse qui, en quelques années, s'accrut au point de lui rendre très pénible une marche de quelques minutes. Depuis quatre ou cinq ans : dyspnée, au moindre effort ; depuis six ou sept ans : fréquentes palpitations.

Le malade n'a jamais été un fort mangeur. Constipation depuis nombreuses années. On n'a pas remarqué que la quantité d'urine fût anormale.

Depuis plusieurs années, perte de toute excitation génitale ; n'a plus de pollutions.

Le malade prétend avoir remarqué une diminution de la mémoire.

Les yeux seraient devenus plus faibles, mais l'ouïe et les autres sens sont bien conservés.

Au premier coup d'œil, augmentation de la tête, des mains, des pieds, faisant un contraste frappant avec le peu de longueur du corps ; celle-ci trouve son explication dans l'existence de la cyphose très prononcée qui a amené un raccourcissement du corps ; la face, vue par devant, est trop grosse comparativement au crâne, par suite de la forte cyphose entre les épaules.

La face et surtout sa partie inférieure, notamment le nez, les lèvres, le menton, surprennent par leur proéminence ; les dimensions du pavillon de l'oreille semblent aussi excessives.

Le pénis est grand, mais non d'une façon extraordinaire, le scrotum et les testicules sont certainement atrophiés.

Les jambes et les bras sont d'une maigreur qui contraste avec le volume des pieds et des mains. Les genoux sont notablement épais en comparaison avec les cuisses et les mollets.

Voici quelques-unes des mensurations données par MM. Fritsche et Klebs :

Longueur du corps dans la position debout. . .	158 cent.
— — sur la table d'amphithéâtre. . .	169 »
Poids du corps.	79 kil. 5
Distance du menton à l'occiput	29 cent.
Hauteur de la face (du menton à la glabelle) . .	16 » 5
Longueur du pavillon de l'oreille gauche . . .	8 » 5
— — — droite.	9 »
Largeur — — gauche	4 » 5
— — — droite	4 »
Dos du nez	6 »
Largeur du nez.	5 » 5
Largeur de la bouche.	6 » 5
Épaisseur de la lèvre inférieure	2 »
Distance du menton à l'articulation temporo-	
maxillaire droite.	15 » 6

Distance du menton à l'articulation temporo-maxillaire gauche	15 cent.	2
Distance du menton à l'angle du maxillaire inférieur	11	»
Distance d'un angle du maxillaire inférieur à celui du côté opposé	12	»
Distance du menton au bord des incisives inf.	6	» 25
Largeur de la langue.	6	»
Circonférence du cou, au-dessus du larynx	45	»
Diamètre antéro-postérieur du cou	15	»
— transversal —	10	» 25
Circonférence du thorax à la hauteur du mamelon — — — de l'appendice xyphoïde.	111	»
Diamètre transversal de la poitrine	107	»
Diamètre vertical transversal de la poitrine au niveau de la 12 ^e vertèbre cervicale à l'appendice xyphoïde	30	»
Longueur totale du bras droit.	36	» 5
— — gauche	81	» 5
Circonférence de la main,	81	»
Largeur de la main (2 ^e au 5 ^e doigt)	31	»
— — (1 ^{er} au 5 ^e doigt)	11	»
Circonférence du pouce	13	»
— du médius.	10	»
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à la plante du pied.	10	»
Longueur du pied droit	103	»
— — gauche	29	»
— du gros orteil droit	28	»
— — gauche	9	»
— du pied au niveau du renflement du gros orteil droit	8	»
Longueur du pied au niveau du renflement du gros orteil gauche	11	» 5
	10	» 5

Circonférence du genou droit	41 cent. 5
— — gauche	41 »
Circonférence du gros orteil.	12 »

MM. Fritsche et Klebs font remarquer que, tenant compte de la perte de la taille due à la cyphose, on arriverait à évaluer la hauteur de cet homme avant sa maladie à 175 centimètres.

On voit d'après ces mensurations que les os de la face sont augmentés de volume, le front est très bas en comparaison avec les autres parties de la face. La largeur de la région bimalaire est augmentée sans que les os malaires paraissent proéminer d'une façon notable. Le maxillaire inférieur est plutôt augmenté dans sa direction antéro-postérieure que dans sa direction transversale. Quoique le palais semble haut et étroit, la distance entre les canines supérieures est cependant plus grande que chez un individu normal.

Les oreilles, le nez, les lèvres et la langue montrent une augmentation très notable de volume.

La circonférence du cou a atteint un chiffre élevé, c'est surtout le diamètre antéro-postérieur qui est augmenté. Au tronc, en outre du raccourcissement dû à la cyphose, il faut relever l'augmentation très notable de la profondeur du thorax (diamètre antéro-postérieur), tandis que le diamètre transversal est plutôt petit. Le sternum a une longueur assez considérable, les omoplates et les clavicules (?) au contraire ne sont pas augmentées.

La largeur du bassin est certainement accrue, même en tenant compte de l'épaississement des téguments.

Aux membres supérieurs, les bras ne présentent pas d'accroissement dans la longueur : les os de l'avant-bras sont un peu plus longs que ceux d'un sujet type, mais c'est seulement la main qui montre une réelle différence. En comparant les différents segments du membre supérieur avec ceux d'un sujet normal, on constate que « les bras de Rhyner sont moins gros que ses avant-bras ont le même volume, et enfin que ses mains et ses doigts sont hors de toute comparaison ».

Le malade a toute l'apparence d'une anémie très marquée. Les téguments sont pâles, un peu secs et assez pigmentés. Pas de taches pigmentaires, de varices ni d'œdème. Pas d'infiltration éléphantiasique de la peau, pas de verrues. Au mollet gauche, eczéma chronique sans importance. Sur le dos, quelques éléments de molluscum fibrosum. A l'abdomen qui est court et un peu rentré, la peau assez riche en graisse est coupée de plis profonds transversaux dont l'un cache le nombril. Aux paumes des mains et aux plantes des pieds la peau est résistante et massive et se laisse soulever en gros plis, mous. Elle paraît hypertrophiée dans toute son épaisseur et le tissu conjonctif sous-cutané l'est également, peut être plus encore. Cette hypertrophie se remarque aussi aux coudes et aux genoux. La peau y semble comme trop large, elle est extraordinairement mobile et se laisse saisir en gros bourrelets mous bien plus largement que d'habitude. L'accroissement anormal de la peau est surtout visible à la région occipitale. Au niveau de la protubérance occipitale externe, se trouve une exostose horizontale en forme de peigne d'environ 3 centimètres de long et 1 centimètre de haut dans sa région moyenne (vraisemblablement congénitale). Au-dessus d'elle jusqu'à peu près à la hauteur du sommet de la tête on trouve dans le cuir chevelu quatre à cinq bourrelets longitudinaux ayant environ l'épaisseur d'un doigt et une longueur de près de 12 centimètres. Au-dessous de ces bourrelets on sent des éminences osseuses, aplaties, allant des os pariétaux à l'écaille de l'occipital.

Les cheveux sont abondants et épais, ils croissaient avec une rapidité notable; les poils du corps sont peu développés; la barbe et les poils du pubis sont peu abondants.

Les ongles sont à la vérité élargis, mais en comparaison avec les doigts du malade, ils paraissent plutôt petits. Les phalanges sont d'ailleurs comparativement moins développées que les autres segments des doigts; les ongles poussent rapidement.

La musculature est partout flasque et maigre, notamment celle des extrémités. Seule celle de la nuque est massive et ferme. La force musculaire est très abaissée. L'atrophie des mus-

cles est surtout marquée aux bras, aux mollets et notamment aux éminences thénar et au dos de la main où, par suite de la disparition des interosseux, de profonds sillons se voient entre les métacarpiens.

Parmi les artères accessibles à la palpation, les fémorales et les brachiales montrent une certaine rigidité, mais les radiales et les temporales sont souples. Le pouls est pour la grandeur du corps et même d'une façon absolue, petit et faible ; le nombre des pulsations est peu fréquent (48 à la minute).

Les ganglions inguinaux sont un peu gros, à part cela il n'existe nulle part de tuméfaction ganglionnaire.

Les dents sont écartées l'une de l'autre (moins en avant qu'en arrière), et cela, paraît-il, beaucoup plus qu'auparavant ; elles sont de grosseur normale. Quand les mâchoires sont fermées les dents de l'inférieure dépassent celles de la supérieure.

Le larynx et l'os hyoïde ne semblent pas augmentés de volume.

Aux genoux, les extrémités articulaires sont épaissies, indépendamment de l'hypertrophie de la peau. Aucun exsudat dans les jointures, mais, dans les deux genoux, crépitation lors des mouvements, comme dans l'arthrite déformante. Dans l'articulation scapulo-humérale il existe également des frottements secs.

Au niveau du rachis cyphotique, les trois à quatre premières vertèbres dorsales (apophyses épineuses) sont à peu près de la même hauteur, c'est-à-dire se dirigent horizontalement en arrière ; au-dessous, les apophyses épineuses se disposent de telle façon que, au niveau de la neuvième ou de la dixième, le point le plus proéminent en arrière est atteint, pour de là descendre presque verticalement, seulement avec une très légère lordose, jusqu'au sacrum. La mobilité du rachis, à part celle du cou qui est tout à fait libre, ne peut être démontrée que dans la région lombaire et y est fort limitée.

L'incurvation est une cyphose presque pure, il n'existe qu'un léger vestige de déviation vers la droite. Correspondant à la cyphose, le sternum est dans sa partie inférieure notablement déjeté en avant, de sorte que sa direction est très oblique en

avant. C'est seulement à la partie inférieure qu'il est vertical sur une très petite étendue, pour se continuer alors avec l'appendice xyphoïde fortement plié en dedans.

Les côtes sont, comme dans la cyphose en général, dirigées à pic vers en bas. Le bord inférieur des côtes touche presque le bord de l'os coxal. Les extrémités où s'attachent les cartilages sont en partie très aplaties et forment un chapelet très prononcé.

Rien de spécial à la gorge et au larynx. Des deux côtés, légère augmentation des lobes du corps thyroïde. Matité cardiaque : bord supérieur de la deuxième et quatrième côte, bord gauche du sternum jusqu'à un travers de doigt en dehors du mamelon. Large impulsion de la pointe dans la région du mamelon jusqu'à deux travers de doigt en dehors de celui-ci. Souffle systolique net à la pointe, faible à la base. Diastole pure. Action du cœur faible, régulière. La matité de la rate n'a pas été trouvée augmentée. Matité hépatique : bord supérieur de la quatrième et sixième côte. Le malade tousse et crache un peu, sécrétion catarrhale modérée. L'urine ne présente rien de particulier ; pas d'albumine, pas de sucre. Constipation.

L'intelligence est intacte. Le malade jouit même d'une excellente humeur. On ne s'aperçoit pas dans la conversation de la diminution de la mémoire. Les yeux sont hypermétropes, mais d'une acuité visuelle normale. Les globes oculaires paraissent augmentés de volume. Léger arc sénile. La sensibilité cutanée, normale à la piqûre, au toucher, semble abaissée à l'exploration électrique. Oûie, odorat, goût parfaitement conservés. A part la faiblesse générale, la motilité est partout conservée, mais l'excitation électrique (examinée avec les appareils vulgaires) est abaissée pour les courants galvaniques et faradiques. Malgré l'hypertrophie de la langue, la prononciation est bonne, la parole, peut-être, un peu lente.

Le 17 septembre, le malade éprouva du malaise, et eut une syncope, perte d'appétit, pouls petit ; le 18, mêmes symptômes, pouls petit, très lent ; trois nouvelles syncopes dont la dernière se termina par la mort.

NÉCROPSIE. — Enveloppe cutanée du crâne uniformément épaissie, 9 millimètres à 1 centimètre. Tissu cellulaire sous-cutané lâche, sans surcharge adipeuse. Périoste à peu près normal et se détachant facilement des os.

Voûte crânienne, d'une forme ovale allongée, avec partie frontale étroite ; notablement mince sur ses parties latérales (fosse temporale) ; épaisseur de 1 millimètre en certains points. Partie occipitale nettement épaissie, jusqu'à 1 centimètre. Même chose pour la partie du pariétal voisine de la suture sagittale et le coronal ; sinus coronaux remarquablement larges. Suture sagittale et frontale indistinctes, en partie soudées. Surface interne des os du crâne lisse dans son entier, mais sillonnée par des empreintes vasculaires nombreuses et profondes. A la surface interne de la moitié gauche de l'écaille du coronal, de nombreux ostéophytes (ostéo-périostite) aplatis auxquels adhère la dure-mère.

Sinus longitudinal large. Pie-mère lisse et mince, circonvolutions cérébrales d'une forme compliquée avec nombreux plis de passage, le sillon de Rolando ne se montre nettement qu'à l'origine de la scissure de Sylvius. Cerveau tout entier évidemment augmenté de volume et d'une façon uniforme. Poids 1.800 grammes. Pont de Varole 3 cm. 2 de longueur ; en largeur au point d'émergence des nerfs trijumeaux 4 cm. 5. Ganglions centraux de la base (45 degrés en arrière et en dehors de l'angle entre le corps calleux et le cerveau proprement dit) 8 cm. 3 depuis l'extrémité antérieure du noyau caudé sectionné jusqu'à l'extrémité postérieure de la couche optique. Écorce cérébrale pas épaissie, ventricules latéraux, un peu élargis, avec un sérum clair.

Grosses artères de la base du cerveau notablement larges.

Quant aux vertébrales, droite seule fort développée. Basilaire particulièrement large, parois uniformément épaissies. Nerfs crâniens en général plus développés que normalement. Augmentation de volume surtout pour la 3^e paire et pour les nerfs optiques. Ces derniers sont comprimés latéralement par une tumeur de la grosseur d'une noisette qui remplit la selle turcique dilatée et

forme au-dessus de celle-ci une saillie hémisphérique ; nerf optique droit un peu plus comprimé que le gauche, fortement aplati, et, détaché de la tumeur, il se présente sous la forme d'un ruban plat de 1 centimètre de largeur ; nerf optique gauche encore arrondi, son diamètre est de 6 millimètres. Tige de l'infundibulum nettement augmentée de volume, se juxtapose comme une large lame jaunâtre à la partie latérale droite de la tumeur.

La tumeur de l'hypophyse, extirpée avec une partie du sphénoïde, se présente comme une masse extrêmement molle, liquide à l'intérieur, enveloppée d'une membrane mince, riche en vaisseaux, dans laquelle se prolonge l'infundibulum.

La paroi postérieure de la selle turcique est transformée en une lame osseuse mince, avec revêtement normal de la dure-mère. En avant, la lame non modifiée de l'ethmoïde limite la tumeur. Fond de la selle turcique plus profond, pas de communication avec la cavité du sphénoïde. Muqueuse pharyngée fortement tuméfiée, gorgée de sang, couverte d'un mucus visqueux ; d'où rétrécissement notable du calibre du pharynx ; cornets fortement agrandis, recouverts d'une muqueuse d'un rouge sombre, y font une saillie assez marquée. Le revêtement muqueux des fosses nasales ne semble pas modifié.

Le globe de l'œil aussi semblait augmenté de volume (diamètre horizontal 2 cm. 5 ; diamètre longitudinal 2 cm. 4) ; cartilages costaux d'une largeur et d'une épaisseur extraordinaires, mais d'une forme régulière ; au niveau de leur insertion aux os ils sont plus élargis, ce qui donne un peu l'aspect du chapelet rachitique.

Pneumogastriques du cou régulièrement épaissis, à peu près du volume d'un médian normal. Sympathiques aussi un peu plus gros que normalement. Carotides extraordinairement larges, avec des parois régulièrement épaissies. Cœur gros, très mou, la mitrale et la tricuspide admettent 3 doigts ; poids du cœur 550 grammes. Circonférence de la mitrale 12, de la tricuspide 14 centimètres. Longueur du cœur de sa pointe à l'issue de l'artère pulmonaire, 13 cm. 3. Ses cavités sont très larges, sa muscula-

ture vigoureuse, les muscles papillaires fortement allongés.

Les artères ont un diamètre très augmenté (les auteurs insistent beaucoup sur ce point et entrent dans de grands détails).

Thymus remarquablement développé forme une masse triangulaire se prolongeant en haut, sous l'aspect d'un cordon jusqu'au thyroïde dont la partie principale est longue à gauche de 13 à droite de 11 centimètres et dont la base mesure 8 centimètres, son épaisseur est d'environ 1 centimètre.

Larynx, corps thyroïde, langue, tous trois régulièrement augmentés de volume, mais sans altérations. Glandes de la racine de la langue un peu tuméfiées.

Rate notablement augmentée de volume; longueur 13, largeur 13, épaisseur 6 cm. 1/2. Poids 750 grammes, consistance ferme. Rein gauche très gros, 11 cm. 6 et 4 cm. 5, poids 325 grammes. Rein droit un peu moins gros, poids 275 grammes. Capsules surrénales très amincies, la substance corticale ne consiste qu'en une mince couche jaunâtre; la substance médullaire est un peu plus abondante.

Foie gros, lourd, 2.800 grammes; vaisseaux portes larges et remplis de sang noirâtre. Largeur 32 centimètres.

Estomac très large, muqueuse très plissée.

Ganglions mésentériques légèrement augmentés de volume, un peu rouges.

Dans l'intestin grêle beaucoup de mucus, follicules tuméfiés. Vessie et prostate sans modification. Testicules de volume moyen, pâles et mous.

Les auteurs intitulent leur observation : Étude pour servir à la pathologie du gigantisme.

En résumé, sur leur malade vivant qui avait à une époque antérieure à la cyphose un peu moins de 6 pieds, soit un peu moins de 1 m. 82 (*le pied allemand mesurait 0 m. 3018*) Klebs et Fritsche ont relevé un état pathologique intense qui se manifestait, subjectivement par des douleurs articu-

lares, des céphalées circonscrites d'abord, puis répandues dans toute la tête, des troubles de la vue. Objectivement ils relevaient *un gonflement des mains et des doigts hors de toute comparaison*, sans modification en longueur du squelette. Une cyphose marquée. Une proéminence rare de la partie inférieure de la face du nez, du pavillon des oreilles. Le maxillaire inférieur projeté en avant par allongement au point que l'arcade dentaire inférieure dépassait la supérieure de l'épaisseur d'un doigt. Sur le cadavre dont ils font l'autopsie, ils trouvent un épaississement de l'occipital, des sinus coronaux remarquablement larges, un sinus longitudinal large, une tumeur grosse comme une noisette remplissant une selle turcique dilatée, et comprimant les nerfs optiques, et malgré tous ces symptômes relevés sur le vivant, malgré ces lésions notées sur le cadavre, ils parlent de gigantisme chez un homme dont la taille ne dépassait pas 1 m. 80, n'eussent-ils pas été mieux inspirés en s'abstenant de porter un diagnostic ?

CHAPITRE VI

ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LE MYXŒDÈME

Deux observations et leur critique constituent la matière de ce chapitre.

La première, de Henrot de Reims, est complète ; c'est une observation clinique complétée par l'autopsie.

La seconde est une observation clinique prise à la suite d'un seul examen ; nous avons voulu la compléter, en connaître la suite ; nous avons écrit dans ce but à Boston au professeur Wadsworth qui a eu l'amabilité de nous répondre la lettre que nous publions après son observation.

OBSERVATION HENROT

Notes de clinique médicale (Reims, 1877), et *Note clinique médicale* (Reims, 1882) *des lésions anatomiques et de la nature du myxœdème.*

Homme de 36 ans, non syphilitique ; depuis l'âge de 6 ans engorgement des glandes sous-maxillaires qui a toujours été en augmentant ; pas de cicatrices strumeuses.

Depuis l'âge de 15 ans, augmentation progressive des pieds et des mains. A 20 ans soldat pendant 7 ans.

Janvier 1877. La partie inférieure de la face présente un développement insolite ; elle se confond sans ligne de démarcation avec la partie supérieure de la poitrine. Les lèvres sont boursoufflées, l'inférieure forme un véritable bourrelet de la grosseur du doigt ; elle est renversée en bas, et laisse sa bouche entr'ouverte ; la langue ayant au moins le double du volume normal

emplit toute la cavité buccale et vient faire saillie au dehors ; elle présente la coloration et le degré de consistance ordinaires ; ce n'est pas de l'œdème de la pointe, mais bien de l'hypertrophie portant sur la totalité de l'organe.

L'arcade dentaire supérieure est normale ; l'arcade dentaire inférieure appartient à une circonférence beaucoup plus grande que la supérieure ; on dirait la mâchoire d'un géant appliquée contre le maxillaire supérieur d'un adulte ; on peut, lorsque la mâchoire inférieure est aussi rapprochée que possible de la supérieure, passer le bout de l'indicateur entre les arcades dentaires. Les dents du maxillaire inférieur présentent une hypertrophie dans tous les diamètres, elles sont plus longues et plus larges que les supérieures.

Les globes oculaires font une saillie considérable : le regard manque de vivacité, il semble à demi éteint ; les paupières, sans être œdématisées, présentent un gonflement spécial : la supérieure recouvre la moitié de la cornée, on dirait qu'elle est trop longue. Les pupilles sont égales, modérément dilatées, peu impressionnables à la lumière ; dans certains moments il y a peut-être un peu de loucherie, ce n'est pas constant ni assez accentué pour qu'on puisse indiquer l'œil dévié.

Le nez est extrêmement développé.

L'élargissement de la face est considérable : d'une région parotidienne à l'autre on constate au moins 6 ou 7 centimètres de plus que dans l'état normal. Tout le pourtour du maxillaire inférieur, aussi bien au niveau des branches montantes que des branches horizontales contient d'immenses paquets ganglionnaires confondus en une seule masse, semblant faire corps avec l'os lui-même : ces masses uniformément arrondies ont une consistance telle, que dans beaucoup de points, il est impossible de dire si c'est la surface de l'os ou la surface de la tumeur que l'on a sous la main : ces tumeurs, qui ont développé les régions parotidiennes et sous-maxillaires d'une façon uniforme, se continuent sans ligne de démarcation avec la partie supérieure de la poitrine. Le corps thyroïde hypertrophié se confond dans la masse commune.

Le front est normal ; il ne présente ainsi que le crâne aucune déformation ; à première vue il semble hypertrophié à cause du développement énorme de la face, mais un examen plus attentif permet de reconnaître que la face seule est hypertrophiée.

Le teint est d'un blanc mat.

Le facies présente à la fois le type du scrofuleux, du leucocythimique et de l'idiot ; comme expression, c'est un mélange d'avachissement et de basse sensualité.



FIG. 17. — Facies type d'acromégale.

Les membres supérieurs et inférieurs ont leur volume ordinaire ; ils semblent plutôt amaigris si on les compare à l'ensemble de l'individu ; la peau est saine, blanche, fine, sans eczème.

Comme contraste les mains et les pieds sont phénoménaux ; la forme de ces extrémités n'est pas sensiblement modifiée ; il y a de l'hypertrophie totale ; la longueur, la largeur, l'épaisseur des doigts ont subi un accroissement proportionnel ; les ongles présentent une large surface plane.

Le système veineux superficiel ne présente rien de spécial, il n'est nulle part variqueux. Les sympathiques ne sont enflammés d'aucun côté ; les ganglions de l'aisselle, de l'aîne, du creux poplité sont normaux.

Il n'y a pas de paralysie ; le malade peut remuer bras et jambes, cependant les mouvements sont lents ; il faut un certain effort pour soulever les mains et surtout les pieds ; y a-t-il de l'affaiblissement musculaire, ou est-ce le poids des extrémités qui rend les mouvements pénibles ? Il est vraisemblable que ces deux causes agissent dans le même sens ; toujours est-il qu'il garde dans son lit une immobilité à peu près complète, on dirait un homme de cire.

La sensibilité cutanée semble un peu obtuse, il n'y a nulle part d'anesthésie...

L'intelligence est lourde ; il entend sans que l'on soit obligé d'élever notablement la voix, il répond avec assez de précision aux questions qu'on lui adresse ; il se plaint constamment d'une céphalalgie profonde sans irradiation périphérique. La vision est très incomplète ; dans certains cas, il éprouve des difficultés à saisir les objets qu'on lui présente, surtout quand ils ont un petit volume.

En un mot, ce malade est étendu dans son lit comme une masse inerte ; il ne cause pas avec ses voisins, et ne semble prêter qu'une attention distraite à tout ce qui se passe autour de lui ; il faut le questionner, l'exciter, pour obtenir une réponse.

NÉCROPSIE.— La peau est saine partout, elle n'est nulle part adhérente aux tissus sous-jacents ; celle qui recouvre les parties hypertrophiées ne présente rien de spécial.

Le corps thyroïde est très développé : il a quatre ou cinq fois son volume normal. Les glandes sous-maxillaires sont perdues dans d'immenses masses ganglionnaires qui ont renversé le bord libre du maxillaire inférieur, à ce point que la face antérieure de cet os est devenue presque horizontale ; l'os a un aspect tout particulier ; ses déformations symétriques pourraient faire croire qu'il provient plutôt d'un singe géant que d'un homme.

Les tumeurs sous-maxillaires et péri parotidiennes sont constituées par des amas ganglionnaires appliqués les uns contre les autres ; elles sont formées par un tissu homogène, dur, très cohérent, et n'ayant aucune tendance à subir la dégénérescence graisseuse, caséeuse ou tuberculeuse.

La plupart des nerfs, le pneumogastrique, le glosso-pharyngien, le plexus brachial ont subi une notable augmentation de volume.

Le foie est volumineux, mou, flasque, ne présente rien de spécial à la coupe. La rate a au moins le triple de son volume normal, sa consistance est normale, on trouve dans son épaisseur une petite tumeur du volume d'une noisette, d'une dureté pierreuse. Le pancréas, l'estomac, les intestins sont sains. La langue est hypertrophiée, les papilles gustatives sont très saillantes ; elles sont manifestement hypertrophiées.

Le cœur est très petit, il a subi un degré d'atrophie considérable, il ne présente guère que les deux tiers du volume de mon poing, et celui-ci ne présente pas la moitié du volume du poing du sujet. Pas de sérosité dans le péricarde, quelques plaques laiteuses sur le péricarde, et particulièrement le long de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Les parois du ventricule droit sont très amincies, celles du ventricule gauche sont peu épaisses ; le muscle n'a pas subi de dégénérescence.

Les parois du crâne ne sont ni épaissies ni déformées, la base est normale sauf au niveau de la selle turcique : là nous trouvons des modifications considérables ; la lame quadrilatère du sphénoïde et les apophyses clinoides postérieures sont très élargies ; elles présentent beaucoup moins d'épaisseur que dans l'état ordinaire, elles sont complètement déjetées en arrière de façon à agrandir la fosse pituitaire ; celle-ci, en effet, au lieu de pouvoir contenir une noisette, a pris des dimensions telles qu'on peut loger un petit œuf de poule. La paroi antérieure de la fosse au lieu de présenter une saillie est fortement excavée. Quoique amincie, la lame quadrilatère est encore assez solide pour résister au scalpel.

En enlevant le cerveau, M. Leroy, interne du service, éprouve une certaine difficulté à détacher le corps pituitaire ; malgré les précautions qu'il prend, l'adhérence est telle qu'il coupe la partie la plus saillante de l'hypophyse ; il s'écoule quelques gouttes d'un liquide noirâtre légèrement visqueux.

Sur le maxillaire inférieur, l'os hyoïde, le tibia, le péroné, le cubitus, le radius, en un mot sur tous les fragments d'os qui ont été conservés, nous trouvons des ostéophytes très développés ; sur le maxillaire inférieur que nous pouvons prendre pour exemple, les apophyses géni forment des saillies volumineuses de la grosseur d'un haricot ; sur l'os hyoïde, les tubercules qui donnent insertion à des muscles, et qui habituellement sont à peine marqués, forment des saillies très manifestes ; sur l'extrémité inférieure du tibia, dans les points d'insertion des ligaments, nous constatons également des saillies osseuses, des bosselures qui donnent à l'os un aspect tout particulier. Dans d'autres points, sur la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur, on trouve des surfaces irrégulièrement circonscrites, d'un aspect blanc, très dures, éburnées et parsemées d'une myriade de petits trous visibles à l'œil nu...

L'hypertrophie des pieds et des mains ne porte pas seulement sur les parties molles, elle atteint aussi les os ; nous avons fait sur la main et le pied conservés, une coupe longitudinale qui ne permet de conserver aucun doute à cet égard ; la même coupe répétée sur une main et sur un pied d'un homme de haute stature, nous a permis de constater que l'augmentation du volume était générale ; ainsi par exemple le calcanéum mesure au moins un centimètre et demi de plus chez notre mœyxdémateux que chez l'autre sujet. les ostéophytes qui se sont développés partout où existe normalement une saillie, sont plus marqués aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs ; nous ne trouvons d'altération ni dans le canal médullaire, ni dans le tissu spongieux.

Les cartilages du larynx (thyroïde, cricoïde, aryénoïde) sont ossifiés ; les saillies qu'ils présentent sont beaucoup plus indiquées qu'à l'état normal.

Quant au système nerveux, outre la présence de plaques uniformes dans les méninges rachidiennes, M. Henrot constata à la base du cerveau, sur la ligne médiane, au lieu et place du corps pituitaire, une tumeur ovoïde du volume d'un petit œuf de poule ; le diamètre transversal le plus grand mesure 42 millimètres, le diamètre longitudinal mesure 30 millimètres, elle est limitée par les organes suivants : en avant le chiasma des nerfs optiques qui est complètement aplati, et forme une large bandelette rubanée ayant plus d'un centimètre et demi de largeur ; son épaisseur est réduite à 1 ou 2 millimètres, elle forme une vaste concavité en rapport de configuration avec la tumeur. Sur les côtés les lobes sphénoïdaux du cerveau sont excavés ; en arrière, elle repose sur les pédoncules cérébraux.

Quoique régulière dans son ensemble, elle présente en avant et à gauche une petite saillie arrondie qui semble surajoutée. C'est dans ce point que la section a laissé une partie de la tumeur adhérente à la selle turcique.

La consistance est demi-molle ; à la coupe on constate une partie antérieure et une postérieure ne présentant pas le même aspect. — En la soulevant avec précaution on voit ses connexions intimes avec la base du cerveau ; elle se continue directement par l'infundibulum jusqu'au tube cinéreum qu'on tire lors-qu'on exerce sur elle une légère traction.

L'infundibulum est résistant, il est beaucoup plus développé que dans l'état normal. La glande pinéale a au moins le double de son volume ordinaire.

Dans l'examen microscopique fait à Reims, on constata que le corps pituitaire contient de grosses cellules ovalaires à un ou plusieurs noyaux, plus visibles dans la glycérine et la solution de carmin que dans l'iode, la fuchsine et l'acide acétique. L'hypertrophie du ganglion cervical supérieur du grand sympathique porte plus sur la gangue celluleuse que sur les éléments nerveux.

Pour le GRAND SYMPATHIQUE, ce qui frappe tout d'abord, c'est une hypertrophie considérable de tous les ganglions et de tous les nerfs qui le constituent.

Portion cervicale. — Le ganglion cervical supérieur gauche est très volumineux, il a conservé sa forme et mesure 45 millimètres de longueur, sur 15 millimètres de largeur.

Le filet carotidien a trois ou quatre fois le volume normal. En avant se trouvent trois grosses anastomoses avec le pneumogastrique ; en arrière trois gros filets vont se jeter dans l'anse formée par la première et la deuxième paires cervicales ; de l'extrémité inférieure partent plusieurs rameaux, le plus volumineux aboutit au ganglion moyen qui est placé très bas, immédiatement au-dessus du ganglion cervical inférieur, ce dernier étalé transversalement mesure 15 millimètres de largeur sur 40 millimètres de longueur.

Portion dorsale. — Le grand sympathique dans toute autre région forme un cordon présentant au niveau des ganglions de légers renflements : il mesure 5 millimètres de largeur dans certains points, 6 millimètres dans d'autres. En avant on suit parfaitement les branches qui se rendent à l'aorte.

Vers la partie inférieure il se partage en deux branches qui ont elles-mêmes la même importance que le tronc, 6 millimètres : le grand splanchnique est la continuation du sympathique. Ces cordons sont plus volumineux que le pneumogastrique dans la région cervicale, ne mesurant que 4 millimètres. Au lieu de trouver une succession de ganglions réunis par des filets nerveux plus ou moins importants, nous ne trouvons qu'un gros tronc nerveux irrégulièrement bosselé.

Portion abdominale. — Le grand nerf splanchnique gauche, après avoir traversé les piliers du diaphragme, vient se jeter à l'angle supérieur gauche du ganglion semi-lunaire ; il se continue à plein canal à sa sortie du ganglion avec une branche volumineuse du pneumogastrique droit.

Le ganglion semi-lunaire et le plexus solaire mesurent 45 millimètres de largeur sur 30 millimètres de hauteur ; ils ne donnent aucune branche par leur bord supérieur concave, mais par leur bord inférieur convexe ils fournissent de nombreux rameaux

qui suivent les artères mésentérique supérieure, coronaire, stomachique, splénique, etc.

Le grand sympathique droit, quoique n'ayant pas été disséqué avec le même soin, est aussi hypertrophié que le gauche dans toutes les parties examinées.

En somme, voici un malade chez lequel le professeur Henrot a relevé un engorgement des glandes sous-maxillaires depuis l'âge de 6 ans, engorgement devenu tel à l'âge de 36 ans, qu'il présentait un cou énorme constitué par des tumeurs dans les régions parotidiennes et sous-maxillaires développées d'une façon uniforme, se continuant sans ligne de démarcation avec la partie supérieure de la poitrine. La face est très allongée surtout aux dépens du maxillaire inférieur qui *semble une mâchoire inférieure de géant* appliquée sous une mâchoire supérieure d'adulte normal ; la différence entre les dimensions des deux mâchoires est telle que l'index passe dans l'espace laissé libre entre les deux arcades dentaires aussi rapprochées que possible.

La langue était double du volume normal.

Le nez est très développé. Les mains et les pieds sont phénoménaux. Et le malade a présenté pendant la fin de son existence des céphalalgies profondes. Une intelligence obtuse, un caractère chagrin.

A l'autopsie nous relevons un développement anormal du corps thyroïde quatre à cinq fois plus volumineux que de coutume. Une augmentation exagérée des os des pieds et des mains. Des ostéophytes et des saillies osseuses sur tous les os. Enfin une lame quadrilatère et des apophyses

clinoïdes très élargies. Une fosse pituitaire tellement agrandie qu'elle contenait une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule, ayant contribué à l'aplatissement des nerfs optiques.

Les symptômes cliniques et les lésions anatomo-pathologiques de l'acromégalie sont évidents, nous ne les défendons pas après M. Pierre Marie.

Voyons cependant ce qui pouvait excuser le diagnostic de myxœdème porté par le professeur de Reims.

Est-ce l'élargissement de la face ?

Nous ne le croyons pas, si le malade de Henrot avait la face élargie, c'était aux dépens de la partie inférieure de la face, c'était surtout aux dépens du cou et des tuméfactions survenues dans les régions parotidiennes et sous-maxillaires, c'était plutôt qu'un élargissement en masse, un élargissement donnant l'aspect du *facies proconsulaire* propre aux tumeurs parotidiennes (voir fig. 17, p.91). C'était surtout un allongement énorme de la figure aux dépens du maxillaire inférieur considérablement hypertrophié, ce n'était pas, loin de là, le *facies œdémateux en pleine lune* propre au myxœdème : c'était le facies type de l'acromégalique.

L'élargissement de la face (?) n'excusant pas le diagnostic de myxœdème, n'en trouvons-nous pas l'explication. dans le gonflement des paupières, des mains, des pieds, dans l'hypertrophie thyroïdienne, l'exorbitisme, l'énormité du cou ? Faut-il regarder comme symptômes myxœdémateux ces céphalalgies profondes, cette lourdeur de l'intelligence. Nous ne le croyons pas.

Si dans le myxœdème les paupières sont gonflées, le

nez, les joues aussi par leur gonflement contribuent à donner à la face l'aspect de pleine lune. Les mains, les pieds du myxœdémateux, à vrai dire, sont gonflés : mais aussi les bras et les jambes, car les membres inférieurs ressemblent à des poteaux. Or le malade de Henrot avait des membres supérieurs et inférieurs de volume ordinaire semblant plutôt amaigris.

D'ailleurs l'œdémation générale n'est pas celle du myxœdème, car les téguments du myxœdémateux sont corps avec les tissus sous-cutanés et leur adhèrent fortement. Or Henrot dit de son malade :... La peau est saine partout, *elle n'est nulle part adhérente aux tissus sous-jacents*. Quant à l'exorbitisme, il ne peut caractériser le myxœdème, il est fonction de l'hypertrophie thyroïdienne, elle est aussi contraire au myxœdème. La céphalalgie profonde, la lourdeur de l'intelligence sont expliquées sans recourir au myxœdème par la tumeur cérébrale trouvée à l'autopsie.

En somme aucun des symptômes du malade de Henrot ne peut être regardé comme excusant le diagnostic de myxœdème.

Voyons si il en est de même pour la malade de Wadsworth.

OBSERVATION WADSWORTH

A case of myxœdema, with atrophy of the optic nerves.

Boston medical and surgical Journ. January 14, 1885.

Mme C..., âgée de 42 ans, femme forte et bien bâtie, s'adresse à moi, au Boston City Hospital, le 27 juin 1884, à cause de la diminution de sa vision. Elle était dans d'assez bonnes conditions, et depuis la rougeole, quand elle avait 14 ans, elle n'avait

jamais été malade. Elle avait été mariée douze à quinze ans, mais n'avait jamais eu d'enfants. Ses menstrues avaient été régulières jusqu'à il y a trois ans, époque à laquelle elles cessèrent. Il y a environ sept ans, ses doigts et ses mains, deux ou trois ans plus tard ses pieds et la partie inférieure de son visage, lèvres, nez et paupières, commencèrent à augmenter de taille. Cette augmentation s'accrut progressivement, et depuis longtemps elle était obligée de faire faire ses souliers tout exprès, étant incapable d'en trouver d'assez larges. Sa parole devint un peu épaisse et lente, ses mouvements plus lents qu'auparavant. Excepté des sensations transitoires d'engourdissement dans les parties affectées et de brûlure dans les pieds et les jambes, elle n'avait éprouvé rien de vraiment pénible. Récemment cependant elle avait ressenti une légère dyspnée après un exercice actif. La diminution de la vision ne fut remarquée qu'il y a un an et demi environ, et avait constamment progressé. Une enquête soigneuse près d'elle et près de son mari ne permit de retrouver l'existence d'aucune douleur. Elle n'avait jamais eu de céphalalgie. Il n'y avait aucune diminution de l'intelligence et de la mémoire. L'appétit était bon, les fonctions intestinales un peu paresseuses, la miction normale, le sommeil lourd.

« La partie inférieure de la face était pleine, pesante, d'une teinte cireuse, les plis naturels avaient disparu.

Les lèvres étaient grosses, le nez grand, ses ailes larges et épaisses, les paupières gonflées en sacs. Les mains et les doigts étaient grossiers et carrés, l'épaississement étant surtout prononcé à la face palmaire où les tissus pouvaient être pincés en plis épais ; et donnant la sensation d'un développement excessif du tissu adipeux sous-cutané. Les pieds étaient très gros et très larges, le gonflement ne s'étendait pas au-dessus des malléoles, et quoiqu'il y eut à la jambe droite de grosses veines variqueuses, il n'y avait de dépression œdémateuse ni là ni ailleurs. La langue était grosse et plutôt pâle. La peau n'était pas sèche au toucher, mais la malade affirmait qu'elle ne transpirait jamais. La thyroïde était d'un volume normal. L'auscultation ne révélait rien

d'anormal au cœur ni aux poumons. La température et le pouls étaient normaux. Le réflexe rotulien existait. Pas d'anesthésie de la peau. Urine normale à tous les points de vue.

L'examen des yeux montra que la conjonctive, la cornée et l'iris étaient dans un état normal.

Les mouvements des yeux étaient bons. A droite la lumière seule était perçue. A gauche la vision était de 20 : 40. Les milieux étaient transparents. Dans les deux yeux les papilles étaient nettement limitées, grises avec une légère teinte bleuâtre, sans vascularisation ; les vaisseaux centraux, artères et veines, étaient grêles, à tout autre égard le fond de l'œil était normal.

Là encore nous sommes en présence d'une malade dont les hypertrophies sont limitées dans les membres inférieurs, aux pieds avec arrêt aux malléoles et dans les membres supérieurs, ce sont les mains exclusivement qui sont hypertrophiées.

Ces signes sont, ainsi que nous l'avons vu, contraires à ce que l'on rencontre dans le myxœdème. Mais joints à l'augmentation de volume en masse de la langue, du nez, ils identifient l'acromégalie.

D'ailleurs, comme nous le disions au début de ce chapitre, cherchant à connaître la suite de l'histoire de cette malade, nous avons écrit à la date du 7 février 1908, au professeur Wadsworth, de Boston, pour lui demander quelques renseignements complémentaires. Voici la lettre qu'il a bien voulu nous répondre.

Mars 1, 1908.

CHER MONSIEUR PATRY,

Le cas auquel vous vous reportez dans votre lettre du 7 février a été communiqué à la Société américaine d'ophtalmologie en juillet 1884.

Je ne doute pas que ce cas présenté comme myxœdème était

en réalité un cas d'acromégalie ; mais à cette époque les cas d'acromégalie étaient souvent décrits comme des cas de myxœdème et je crois aussi que ce n'est guère qu'en 1886 que le professeur Pierre Marie décrivit l'acromégalie et lui donna son nom.

Malheureusement ce cas a été plusieurs fois, depuis ce temps, confondu avec le myxœdème, notamment par Knigs, dans *Die Beziehungen des Sehorganes mit seinen Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seine organe*, 1893.

En 1895, lors d'une réunion de la Société américaine d'ophtalmologie, à propos d'une communication de myxœdème, dont on a rapproché mon cas, j'ai démontré que ce cas n'était qu'une forme type de l'acromégalie.

Votre

O. WADSWORTH.

Evidemment nous aurions aimé avoir la suite de cette observation, pour la publier et justifier, plus amplement encore si possible, le diagnostic porté à distance par le professeur Pierre Marie, il y a vingt-trois ans. En l'absence d'un tel document, nous ne pouvons demander rien de plus que les renseignements fournis par la lettre du professeur Wadsworth qui, après les travaux de 1886, ne doute pas que sa malade était une acromégale, et regrette l'utilisation que divers auteurs ont faite de son observation pour l'étude du myxœdème.

La conviction que l'observateur lui-même nous transmet a pour nous la valeur d'un document.

CHAPITRE VII

ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LA SCROFULE ET LA CACHEXIE EXOPHTALMIQUE OU LA SYPHILIS HÉRÉ- DITAIRE

Prennent place dans ce chapitre deux observations bien courtes : l'une de Alibert, l'autre de Lancereaux ; cette deuxième est suivie de l'autopsie.

OBSERVATION ALIBERT

Précis théorique et pratique des maladies de la peau,
Paris, 1822, t. III, p. 317.

J'ai fait paraître naguère, à mes leçons cliniques, Pierre, âgé de 32 ans ; il était né faible et resté maigre jusqu'à la puberté ; mais, à cette époque, sa taille s'accrut à un tel point qu'elle arriva presque soudainement à six pieds quatre pouces (2 m. 057) ; ses bras, ses mains, ses cuisses étaient d'un volume proportionné, c'est-à-dire du double du volume ordinaire ; sa figure était oblongue, sa *langue d'une largeur considérable*, sa voix était rauque et ressemblait à celle d'un acteur qui contrefait la voix d'un vieillard. Ce géant scrofuleux éprouvait des tiraillements dans les jambes et des douleurs continuelles dans les reins. Il était tourmenté d'une soif si vive, qu'il buvait jusqu'à 18 bouteilles d'eau pure tous les jours. Cet homme colossal urinait parfois avec tant d'abondance qu'il produisait une sorte d'inondation dans les lieux où il se trouvait, il avait d'autres infirmités qui sont inutiles à décrire, il n'éprouvait aucun attrait pour le sexe féminin.

Nous ne nous étendrons pas sur la qualification de

géant scrofuleux donnée par Alibert à son malade ; géant oui, scrofuleux, c'est à voir. Les caractères de la *scrofule*, longtemps considérés comme constituant un ensemble clinique net pour les cliniciens du siècle précédent ont paru être victorieusement battus en brèche depuis 20 ans par les travaux de Köster, Friedlander, Charcot, Brissaud et Grancher qui veulent identifier la scrofule et la tuberculose. Nous nous contenterons de remarquer qu'aujourd'hui, pour certains bons esprits, parmi lesquels on compte le célèbre Sir Dyce Duckworth, de la voix duquel les murs de cette Faculté sont encore imprégnés, scrofule et tuberculose ne sont pas synonymes. Et nous regrettons la brièveté de l'observation de Alibert qui, nous en dit assez cependant, en parlant de la largeur considérable de la langue de son malade, pour nous permettre d'en faire un acromégale.

OBSERVATION LANCEREAUX

Traité d'anatomie pathologique, t. III, 1^{re} partie, p. 29.

Parlant d'hypertrophie osseuse qui se montre après la période d'accroissement du squelette et qu'il pense être subordonnée à une influence nerveuse agissant vraisemblablement sur les petits vaisseaux, M. Lancereaux donne le résumé de l'observation d'une malade qu'on avait cru atteinte de cachexie exophtalmique.

« Le front est aplati et les os du crâne sont manifestement hypertrophiés. Le nez, les lèvres, les principaux os de la face et surtout le maxillaire inférieur sont le siège d'une hypertrophie non douteuse. Les dents, régulières à leurs extrémités libres, sont écartées les unes des autres, comme si elles n'avaient pu

suivre le développement exagéré des mâchoires et principalement celui de la mâchoire inférieure. Les mamelles sont développées, les cartilages costaux ossifiés pour la plupart, la poitrine est bombée en avant comme dans les déviations rachidiennes. Le corps thyroïde est hypertrophié, le larynx est large et les cartilages qui le composent sont calcifiés. La voix est rauque. Membres supérieurs et inférieurs normaux ; les supérieurs sont relativement plus volumineux que les inférieurs.

AUTOPSIE. — Hypertrophie des os du crâne, cerveau petit. *Hypertrophie du corps pituitaire ayant le volume d'un petit œuf de poule* ; agrandissement de la cavité pituitaire ; communication probable de la selle turcique avec le sinus sphénoïde. Écoulement d'un liquide blanc séreux des éléments altérés ; il reste une membrane cellulaire vasculaire. Dépression du cerveau au niveau de la tige pituitaire ; lobes antérieurs petits. Tissu cellulaire et graisse du fond de l'orbite hypertrophiés. Exophtalmie considérable, yeux assez sains. Hypertrophie et dilatation du cœur, surtout à gauche ; fibre musculaire jaunâtre plus ou moins granuleuse ; lobe droit du foie presque triplé de volume ; dépression froncée pouvant contenir un œuf de pigeon, sur la partie supérieure du foie ; lobe gauche très petit ; points blanchâtres assez analogues à des trames d'anciennes tumeurs ; cellules granuleuses et graisseuses. Rate volumineuse dure. Reins ayant presque le double des reins normaux à surface irrégulière, avec des petits kystes. Épaississement des parois de l'estomac. Utérus très petit. Ovaires du volume d'un petit œuf de pigeon.

Membres supérieurs et inférieurs normaux, les supérieurs sont plus volumineux relativement que les inférieurs, de telle sorte que l'excès de nutrition semblait plutôt appartenir aux parties supérieures.

L'état des dents, de la mâchoire, du foie semble nous faire supposer une syphilis héréditaire qui aurait donné lieu dans ce cas à un excès au lieu d'un défaut de nutrition.

Cachexie exophtalmique du vivant de la malade. Sy-

philis héréditaire après autopsie. Telles sont les conclusions du savant anatomo-pathologiste. Et pourtant pas plus du vivant de la malade on ne pouvait excuser le diagnostic de cachexie exophtalmique que celui de syphilis héréditaire après la nécropsie.

Dans la cachexie exophtalmique on ne rencontre ni hypertrophie des os du crâne, ni hypertrophie du nez, des os de la face ou du maxillaire inférieur. La poitrine bombée en avant n'est pas plus caractéristique de cette affection. Seule l'hypertrophie du corps thyroïde peut faire penser à la cachexie exophtalmique. Mais alors pourquoi faire porter le diagnostic sur un seul des symptômes présentés par la malade ?

Quant aux lésions rencontrées sur le cadavre elles n'excusent pas plus le diagnostic de syphilis héréditaire. Les lésions osseuses de la syphilis héréditaire : saillie des bosses frontales, crâne natiforme, nez en lorgnette, tibia en lame de sabre ne sont pas signalés chez son sujet par M. Lancereaux. Pourquoi donc rejeter sur une syphilis héréditaire tardive cette hypertrophie des os du crâne, cet agrandissement de la cavité pituitaire qui sont au contraire la signature de l'acromégalie ?

CHAPITRE VIII

DÉCOUVERTE D'UN CRÂNE ACROMÉGALIQUE DANS L'ATLAS DE GALL

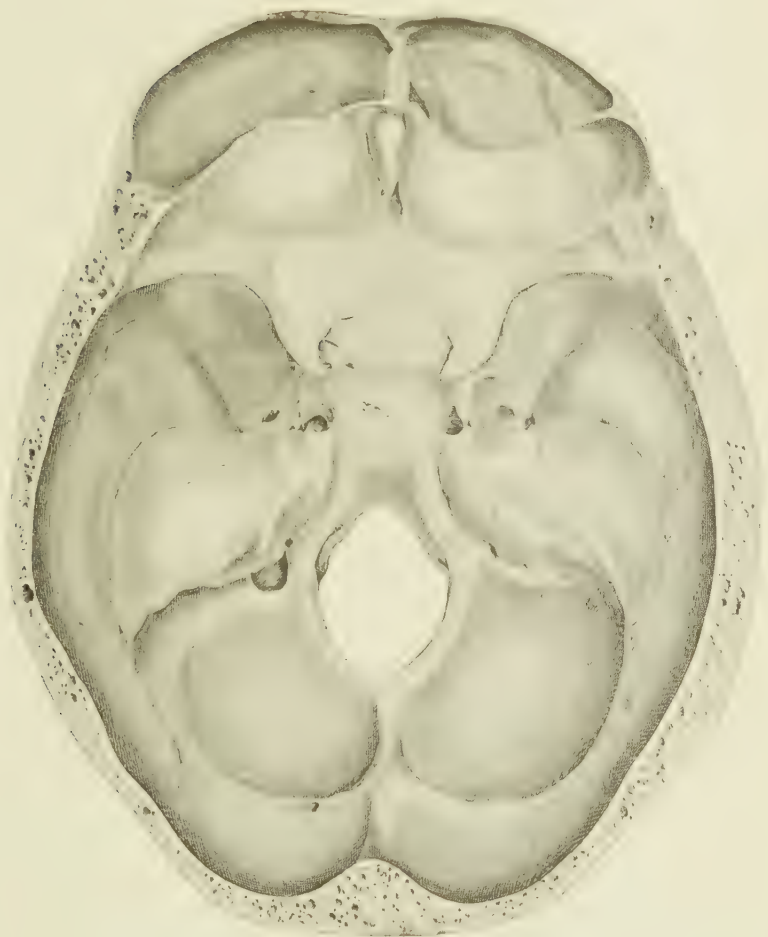
Gall dans son grand Atlas, à la figure XLV, donne un très beau dessin d'un crâne acromégalique coupé horizontalement, on y voit une dilatation énorme des sinus frontaux du crâne (Voir planche IV).

Dans l'édition de 1818 en 4 volumes in-4°, il donne dans le 3^e volume, page 30, quelques renseignements sur ce crâne et le considère comme un exemple du retrait du crâne sous l'influence de l'atrophie sénile du cerveau. Dans son chapitre : *De l'influence du cerveau sur la forme du crâne dans le déclin de l'âge*, Gall dit :

A l'approche de la vieillesse tout le système nerveux commence à perdre de sa plénitude et par conséquent de son activité. Dans toutes les parties du corps, les nerfs se rapetissent, les circonvolutions cérébrales se rétrécissent et s'affaissent ; il se forme sur leurs proéminences des plans et des fossettes ; elles s'écartent l'une de l'autre, les intervalles (anfractuosités) qu'elles laissent entre elles s'agrandissent, en un mot tout le cerveau diminue.

Se forme-t-il par cette diminution de l'encéphale un vide entre le cerveau et la table interne du crâne ? L'ouverture des têtes de sujets très âgés ne nous le fait nullement apercevoir. Voyons ce que nous enseigne l'expérience.

La plupart du temps, les crânes des vieillards sont plus épais



PHOTOGRAPHIE H. REYMOND

FIG. 18. — Base du crâne de l'Atlas de Gall. Pl. XLV.

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

et plus légers que ceux des sujets d'un âge mûr ou des jeunes gens.

• • • • •

Bichat rend compte aussi de ce phénomène comme étant ordinaire. « La voûte du crâne acquiert, dit-il, une épaisseur considérable. On remarque que cette épaisseur toujours croissante offre une différence avec les autres os qui deviennent plus petits. »

Il est donc certain qu'il se dépose entre les deux lames une certaine quantité de masse osseuse spongieuse et que ces lames s'écartent davantage. La lame externe s'écarte-t-elle au dehors et la cavité du crâne conserve-t-elle la même capacité ? Ou bien la lame interne rentre-t-elle de manière que la cavité crânienne se rapetisse ? Si la lame externe s'écartait dehors, la tête, dans l'âge avancé, devrait devenir considérablement plus volumineuse et nous ne voyons point que cela arrive. Mais conformément aux lois de l'organisation, la lame interne doit suivre le cerveau dans son affaissement, la substance osseuse, à mesure qu'elle continue à se déposer doit se mouler sur le cerveau, tout comme dans sa formation primitive lors de l'ossification du crâne dans le fœtus. De cette manière, la capacité de la boîte osseuse se rapetisse à mesure que le cerveau qu'elle renferme occupe moins de place.

L'examen de semblables crânes fait voir distinctement que la lame interne s'est écartée vers l'intérieur et il n'y a rien qui annonce que la lame externe se soit écartée de sa direction primitive. Dans les endroits où le cerveau s'est le plus sensiblement affaissé, on remarque souvent des dépôts très épais de matière osseuse.

Ce que dit M. Richerand : « Si les os du crâne font exception à la règle générale, et deviennent sensiblement plus légers, c'est que les mouvements continuels du cerveau les usent et les détruisent en quelque sorte, par leur surface intérieure », et ailleurs : « les os du crâne se trouvent tellement animés par une usure intérieure que les pulsations du cerveau deviennent sensibles à travers le cuir chevelu », n'est donc pas exact.

Lorsqu'enfin dans l'âge le plus avancé le cerveau s'atrophie au point que le vieillard tombe en démence, tous les changements en question de la boîte osseuse deviennent plus sensibles. Quelquefois la lame interne offre un aspect tel que l'on dirait qu'on y a collé des couches entières d'une substance osseuse confusément disposée. Les endroits où, dans l'âge adulte se trouvent ordinairement les sinus frontaux, rentrent en dedans, les sinus frontaux s'élargissent et enfin la lame supérieure interne du plancher orbitaire s'écarte même de la lame inférieure.

Au commencement, le plancher orbitaire paraît seulement s'épaissir, mais bientôt il se forme entre les deux lames un vide qui a quelquefois près d'un pouce de haut ; l'on peut donc démontrer mécaniquement que la masse cérébrale s'est retirée de près d'un pouce de la seule partie frontale antérieure et inférieure. Et en dépit de tous ces phénomènes, personne ne voulait convenir que dans un âge avancé, le cerveau diminue. Il se trouve dans les anciens quelques passages qui prouvent que cette diminution de l'encéphale dans la vieillesse ne leur était pas inconnue.

Comme, et je l'ai dit plus haut, dans cet état de choses les circonvolutions s'écartent les unes des autres, cet écartement peut avoir fait croire à M. Portal « que les circonvolutions sont plus profondes dans les vieillards que dans les adultes ».

Avant de considérer cette portion de squelette comme un exemple du retrait du crâne sous l'influence de l'atrophie sénile du cerveau, Gall aurait été bien inspiré de nous dire d'où lui venait le crâne de la base duquel il nous donne le dessin. Et d'abord est-ce un crâne de vieillard ? Rien ne le prouve et si Gall l'a trouvé comme tant d'autres dans un cimetière, pourquoi n'a-t-il pas justifié dans ses commentaires l'identification de ce crâne de vieillard ?

L'étude que nous comptons faire du dit crâne nous prouvera justement le contraire, car après avoir prouvé

que nous sommes là en face d'un crâne d'acromégale, nous pourrions en inférer qu'il ne s'agit pas d'un vieillard, l'acromégalie, que nous sachions, ne permettant pas à celui qui en est atteint d'arriver jusqu'à l'âge auquel le cerveau présente de l'atrophie sénile.

Vient-il d'une de ces fouilles dans les cimetières que Gall aimait à effectuer pour se procurer de nombreux sujets d'étude d'ostéologie à une époque où les autopsies étaient pratiquées moins régulièrement qu'aujourd'hui, laissant les maîtres et les étudiants manquer de sujets d'étude ? Il est probable. Mais alors comment interpréter, comment juger les commentaires d'un homme qui se contente d'affirmations, sans nous apporter les preuves de ces affirmations sur lesquelles il voudrait cependant édifier une théorie, à savoir : celle de l'influence du cerveau sur la forme du crâne dans le déclin de l'âge. N'y avait-il donc aucune inscription permettant d'identifier le squelette auquel appartenait ce crâne ? Si non, d'autres os au moins pouvaient voisiner avec ce crâne que Gall nous présente comme un crâne de vieillard et ces os, pourquoi ne nous les décrit-il pas pour bien nous certifier qu'il s'agit là d'un crâne de vieillard. Mais non, si d'autres os gisaient à côté du fameux crâne, nous voulons croire, pour l'honneur de Gall, qu'il eut été frappé par l'anomalie frappante qu'eurent présentée soit une clavicule, soit le sternum, les côtes, le carpe ou le tarse. Aussi devons-nous admettre que le maître trouva cette *pièce détachée* dans ses pérégrinations au milieu d'un cimetière et qu'elle lui apparut comme bien propre à démontrer la théorie qui lui était chère, tombant alors dans cette faute si commune à l'esprit humain et si

tentante pour les rêveurs dont l'esprit se nourrit plus facilement d'hypothèses et de légendes que de faits, à savoir : faire dire aux choses et aux événements ce que l'on désire qu'ils signifient au lieu de chercher l'enseignement et les faits contenus en eux.

D'abord le crâne de Gall (fig. 18, pl. IV), si nous le comparons à une base de crâne normale type, comme celle de la figure 3 de la planche V copiée dans l'*anatomie médico-chirurgicale* du professeur Paul Poirier, p. 43 (1), nous voyons tout de suite que la forme générale de la coupe horizontale comme celle du crâne de Ghirlenzoni (fig. 16, pl. III), comme celle du crâne de la veuve Beaufile (fig. 1, pl. IV), est un crâne dolichocéphale. Et pour bien faire ressortir cette forme particulière et caractéristique, nous avons tenu à faire reproduire ces quatre bases du crâne par des procédés photographiques, le diamètre antéro-postérieur se trouvant fonction du diamètre transversal commun de 99 millimètres imposé pour les quatre bases du crâne pris au centre du trou occipital. C'est ainsi qu'à l'inspection, la forme générale de la base du crâne de Gall fidèlement reproduite à la figure 2 de notre pl. V et figure 18, pl. IV ? affecte exactement la même forme générale que la base du crâne de Ghirlenzoni, et de la base du crâne de la veuve Beaufile.

Passons à l'étude des détails.

Il est évident que notre étude ne pourra être aussi précise que si nous pouvions l'établir sur le squelette lui-même, l'interprétation d'un dessin étant toujours plus ma-

(1) *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, par Paul POIRIER, éd. 1892.

laisée, plus délicate que celle du sujet lui-même. Aussi nous aiderons-nous pour interpréter la reproduction de la base du crâne de Gall de la reproduction de la base du crâne de la veuve Beauvils et des commentaires de Broca relatifs à cette base du crâne.

Voici ce que dit le professeur agrégé A. Broca dans l'étude : *Un squelette d'acromégalie* (*Archives générales de médecine*, décembre 1888), sur la partie qui a trait à l'analyse détaillée de la base du crâne de l'observation II (Héron, veuve Beauvils) du mémoire publié en avril 1886 dans la *Revue de Médecine* par le professeur Pierre Marie.

Cette étude a d'autant plus de valeur pour nous, qu'elle est faite par un maître pour lequel les ostéopathies n'ont pas de secrets, et qu'elle se rapporte au squelette d'une acromégale étudiée de son vivant par le professeur Pierre Marie auquel elle a servi à établir le prototype de l'acromégalie. Cette base du crâne type est celle que représente notre fig. 19 de la pl. V, tirée d'après le beau dessin du professeur Paul Richer, membre de l'Institut.

FACE INTERNE DU CRANE. — *Etage sus-orbitaire*. — Apophyse crista-galli très épaissie à la base ; la crête qui la limite en arrière remonte fortement vers une bosse que forme la moitié gauche de la surface olfactive du sphénoïde ; de là un bord supérieur concave en haut et un peu à gauche. La moitié gauche de la surface olfactive est sur un plan plus élevé que le sommet de l'apophyse crista-galli. Il n'y a pas de démarcation appréciable entre le sphénoïde et l'ethmoïde. La surface triangulaire par laquelle le frontal s'articule avec la grande aile du sphénoïde est perforée, ensorte que par ces trous on voit de petits îlots du sphénoïde ressemblant assez au premier abord, à de petits os wormiens.

La section horizontale, passant à cinq centimètres au-dessous du sommet de l'apophyse crista-galli, ouvre l'extrémité supérieure des sinus frontaux, larges à ce niveau : le droit de 19 millimètres, le gauche de 10 millimètres ; ayant dans le sens antéro-postérieur : le droit, 12 millimètres et le gauche 7 millimètres. Entre les deux existe une cloison verticale, placée à gauche de la ligne médiane. Ils sont fort dilatés.

Etage moyen. — L'écartement entre les extrémités internes des deux trous optiques est de 32 millimètres. Les deux trous ne sont pas ronds, mais aplatis de haut en bas. Entre eux, on ne voit pas de gouttière optique. Cette gouttière est comblée par un renflement limité en arrière par une légère rainure et qui se continue en avant avec la surface olfactive déjà décrite. Ces trous optiques sont en somme fort rétrécis et il est certain que le nerf optique y était très comprimé. En dehors du trou optique existe une apophyse clinoïde antérieure longue de 17 millimètres, terminée en arrière par une pointe très aiguë et présentant au milieu de son bord interne une autre pointe qui s'avance vers l'apophyse clinoïde moyenne, dont elle reste écartée de 3 millimètres, tendant à circonscrire avec elle un cercle de 7 millimètres de diamètre. Ecartement entre les apophyses clinoïdes antérieures : à la base, 43 millimètres, à la pointe, 36 millimètres. Ecartement entre les fentes sphénoïdales, à l'extrémité interne 50 millimètres, à l'extrémité externe, 69 millimètres. L'apophyse clinoïde moyenne est à 8 millimètres de la fente sphénoïdale ; à 5 millimètres du trou optique, à 32 millimètres de la congénère du côté opposé.

La gouttière caverneuse n'est pas très accentuée en avant, mais l'est très bien en arrière. Elle se continue par un canal carotidien ayant 7 millimètres de diamètre transversal et 10 millimètres de diamètre antéro-postérieur. Sur la partie moyenne du corps du sphénoïde, on voit une fosse pituitaire très profonde s'enfonçant à 15 millimètres sous le plan passant par le sommet des apophyses clinoïdes antérieures et postérieures. Le fond ressemblant à de la pierre ponce, est rugueux, extrêmement aminci

et présentant même à son pourtour quelques perforations qui conduisent dans le sinus sphénoïdal (diamètre transversal, 22 millimètres ; antéro-postérieur, 15 millimètres). Les parties latérales se relèvent assez peu, mais en avant est une lame, longue de 12 millimètres, qui va très oblique en bas et en arrière, de la rainure qui représente la gouttière optique au fond de la fosse pituitaire. La lame quadrilatère, à peu près verticale, tendrait même à se déjeter un peu en arrière. Son bord supérieur est comme déchiqueté. Il est à 32 millimètres de la rainure antérieure. Les angles ne présentent pas d'apophyse clinoïde très marquée. Ils sont à 15 millimètres de la pointe de l'apophyse clinoïde antérieure ; à 25 millimètres de la moyenne.

La fosse sphénoïdale n'offre rien de particulier, sinon la profondeur plus grande du sillon de la méningée moyenne, comme encaissée entre les rugosités un peu poreuses.

En somme, on voit que ces altérations de la fosse moyenne sont surtout de deux ordres : 1^o un élargissement de la fosse pituitaire, pour loger une tumeur ; 2^o une distension considérable du sinus sphénoïdal dont la paroi supérieure se boursoufle, à gauche surtout, effaçant la gouttière optique et la partie antérieure de la gouttière carotidienne, remplaçant la moitié gauche de la surface olfactive par une saillie aplatissant les trous optiques.

Étage postérieur. — Les quatre gouttières pétreuses sont très marquées. La face supérieure de l'apophyse basilaire est finement rugueuse (longueur, 30 millimètres ; largeur, 28 millimètres).

Le sinus latéral droit est seul marqué sur l'occipital, sur la région mastoïdienne, il est plus large que le gauche, ainsi que le trou déchiré postérieur. Le sinus occipital droit est très marqué. Le trou occipital a 30 millimètres de diamètre antéro-postérieur ; 27 millimètres de diamètre transversal.

Voyons maintenant notre crâne de Gall et étudions sa base étage par étage.

ÉTAGE SUS-ORBITAIRE. — L'apophyse crista galli est très épaissie à la base, elle affecte la forme d'une poire dont la partie la plus large, la base, est antérieure, la partie postérieure, la pointe, est constituée par une sorte de crête qui figure assez exactement la queue de la poire à laquelle nous avons comparé l'apophyse crista galli dans son ensemble. La ligne de démarcation qui sépare l'ethmoïde du sphénoïde est nette.

La section horizontale de la base du crâne ouvre l'extrémité supérieure des sinus frontaux. Ils apparaissent énormes, extraordinairement développés dans le sens antéro-postérieur et dans le sens latéral. Ils ont pour ainsi dire envahi entièrement le diploé du frontal dont il n'existe pour ainsi dire plus trace. Le frontal est réduit à ses deux tables externe et interne limitant deux cavités énormes séparées entre elles par une cloison qui semble épaissie et bien médiane.

D'après Broca les dimensions des sinus frontaux de la veuve Beaufils étaient :

	Diamètre ant.-post.	Diamètre transv.
Sinus droit	12 millimètres	19 millimètres
Sinus gauche	7 —	10 —

Les reproductions des deux crânes étant à la même échelle cela nous donne pour le crâne de Gall :

	Diamètre ant.-post.	Diamètre transv.
Sinus droit	20 à 24 millimètres	57 à 60 millimètres
Sinus gauche	16 à 20 —	57 à 60 —

Ces dimensions énormes des sinus frontaux du crâne de Gall dépassent de beaucoup celles des sinus de la veuve

Beaufils, mais se rapprochent assez des sinus frontaux du crâne de Ghirlenzoni (V. pl. IV, page 31) qui un peu moins développés dans le sens antéro-postérieur, ont des dimensions latérales à peu près comparables. Ce qui différencie les sinus frontaux de Ghirlenzoni et ceux du crâne de Gall c'est que dans les sinus de Ghirlenzoni plusieurs lames du diploé ont persisté, séparant chacun des sinus en 3 ou 4 logettes, établissant ainsi 4 sinus latéraux gauches et 4 sinus latéraux droits ; tandis que dans le sinus frontal droit du crâne de Gall un seul appendice émané de la face interne de la bosse frontale droite esquisse un essai de séparation du sinus en deux loges : une grande antérieure et une plus petite postérieure.

ÉTAGE MOYEN. — Les deux trous optiques sont invisibles ; ont-ils disparu, comblés par une hypertrophie osseuse ? Cela paraît probable, la gouttière optique n'apparaissant pas sur le dessin, semblant comblée par un renflement de la portion du corps de l'os qui est antérieure à la fosse pituitaire. Les apophyses clinoides antérieures sont hypertrophiées, leur base d'implantation sur la lame compacte du sphénoïde est augmentée de volume, épaissie. Elles ont conservé leur forme générale. L'arête postérieure du tubercule pituitaire a perdu sa forme générale en demi-lune pour affecter la forme rectiligne résultant du développement de sa base qui part du diamètre antérieur de la gouttière caverneuse au lieu de partir de son diamètre postérieur comme normalement. Les apophyses clinoides moyennes et les postérieures semblent ou bien avoir disparu, ou bien s'être hypertrophiées et enroulées en spirale : cette anomalie était importante à noter, car elle laisse sans

limite postérieure la fosse pituitaire, qui de ce fait, pouvait loger et laisser se développer une glande beaucoup plus hypertrophiée qu'il ne semble à un examen superficiel de cette base du crâne. Or nous savons que l'hypertrophie de la glande pituitaire est la lésion fondamentale de l'acromégalie. La suture de la face postérieure de la lame quadrilatère avec l'apophyse basilaire de l'occipital est effacée. Apophyse basilaire et lame quadrilatère semblent ne former qu'un bloc.

La gouttière caverneuse, très visible à gauche, reste invisible à droite.

Les fosses sphénoïdales semblent moins creuses que d'habitude et séparées en deux étages par hypertrophie de l'arête postérieure et supérieure des grandes ailes du sphénoïde. Le trou grand rond, double du volume ordinaire à droite, semble recouvert à gauche par l'hypertrophie plus prononcée qu'à droite de l'arête postéro-supérieure de la grande aile gauche du sphénoïde.

ÉTAGE POSTÉRIEUR. — Le trou déchiré postérieur très marqué à gauche est effacé à droite. Les gouttières pétreuses et latérales sont très développées, très marquées, surtout à gauche. La gouttière du sinus longitudinal supérieur est très marquée. L'épaisseur de l'occipital au niveau du pressoir d'Hérophile est considérablement augmentée.

En résumé, les anomalies présentées par la base du crâne de Gall sont :

L'épaississement de l'apophyse crista galli.

La dilatation énorme des sinus frontaux.

L'hypertrophie des apophyses clinéoïdes antérieures du sphénoïde.

L'hypertrophie des grandes ailes du sphénoïde.

Une fosse pituitaire sans limite postérieure, donc agrandie.

Une profondeur moins grande des fosses sphénoïdales.

Un plus grand développement des gouttières des sinus.

Et une épaisseur très considérable de l'occipital au niveau du pressoir d'Hérophile.

Ces principales dystrophies sont celles présentées par la base du crâne de la veuve Beaufils, et par celle de Ghirlenzoni. Or ces deux malades, la première étudiée de son vivant et nécropsiée par le professeur Pierre Marie, le second observé avec soin et nécropsié par Brigidi, sont les deux plus beaux types d'acromégales dont la pathologie possède l'histoire.

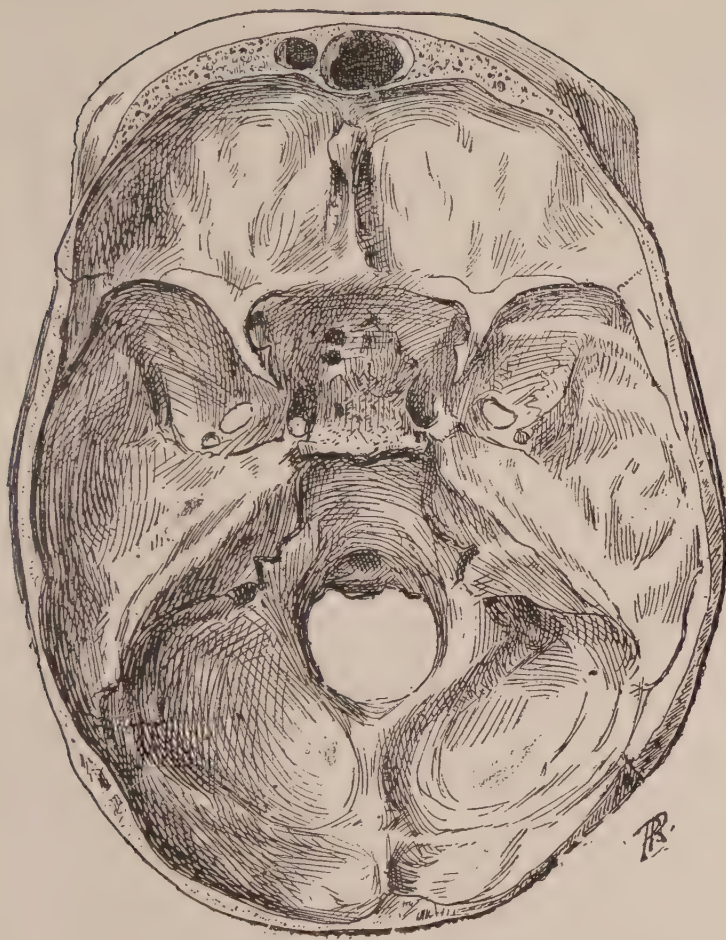


FIG. 19. — Base du crâne de la Vve Biaufils, d'après Paul Richer.



FIG. 20. — Base du crâne découverte dans l'Atlas de Gall (Pl. XLV, éd. 1818).

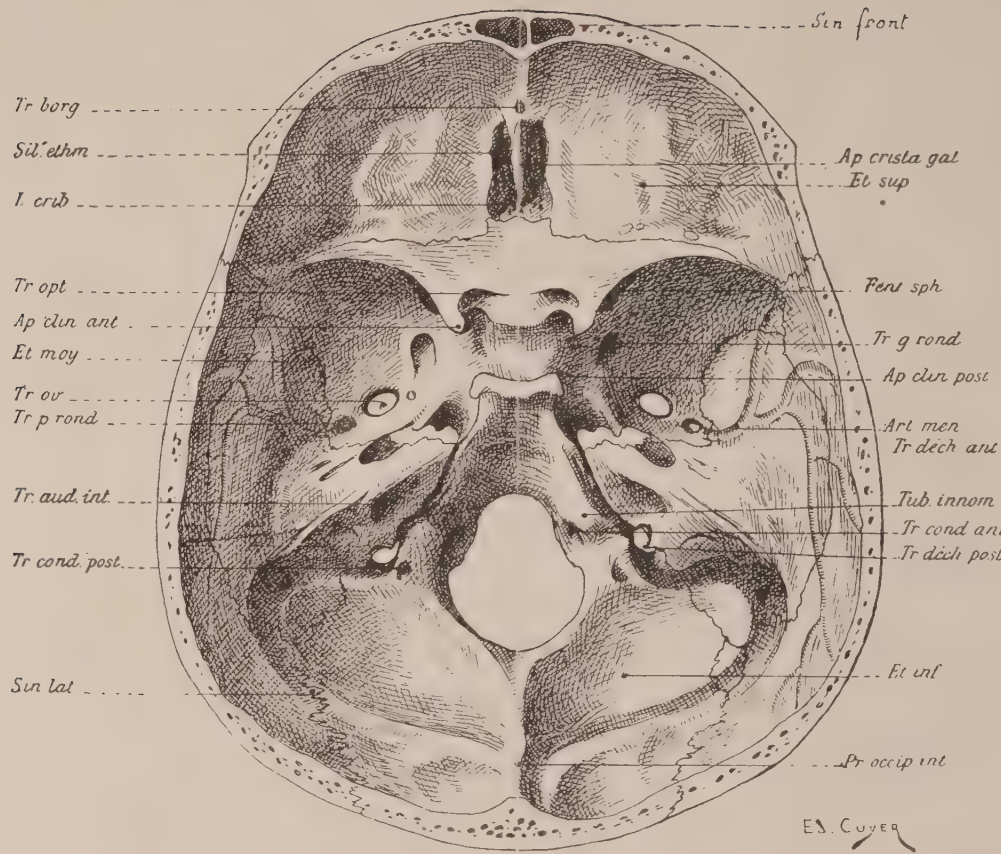


FIG. 21. — Base du crâne normale d'après Poirier.

CONCLUSIONS

I. — Les observations antérieures à 1885, que nous avons groupées et critiquées dans les sept premiers chapitres de notre travail, jointes à l'étude que nous avons faite de la base du crâne figurée à la planche XLV (Ed. 1888) de l'Atlas de Gall, constituent, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, le bilan complet des notions qui existaient dans la science sur l'acromégalie, avant le mémoire publié en avril 1886, dans la *Revue de Médecine*, par le professeur Pierre Marie.

II. — La base du crâne dont Gall donne le dessin à la planche XLV de son grand Atlas ne peut être regardée comme un exemple du retrait du crâne sous l'influence de l'atrophie sénile du cerveau.

Cette base du crâne présentant :

- 1° Une dilatation énorme de ses sinus frontaux ;
- 2° Une hypertrophie de ses apophyses clinoides ;
- 3° Une augmentation de la fosse pituitaire ;
- 4° Un développement exagéré des gouttières du sinus ;
- 5° Une épaisseur considérable de l'occipital au niveau du presseur d'Hérophile,

doit être considérée avec une certitude absolue comme la base du crâne d'un acromégale.

BIBLIOGRAPHIE

- Alibert.** — *Précis théorique et pratique des maladies de la peau.* Paris, 1822, t. III, p. 317.
- Brigidi.** — *Studii anatomo-pathologici sopra un uomo divenuto stranamente deforme per cronica infermità.* *Società medico-fisica fiorentina*, 26 Aug. 1877.
- Broca (A.).** — Un squelette d'acromégalie. *Archives générales de médecine*, décembre 1888.
- Chalk (W. O.).** — Partial dislocation of the lower jaw, from an enlarged toryne. *Transact. of the pathological society of London*, 1857, t. VIII, p. 305.
- Ellinwood.** — *San Francisco West. Lancet*, 1883, p. 150.
— *San Franc. County medical.*
- Fritsche et Klebs.** — Ein Beitrag zur Pathologie des Riensenvuchess. *Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen*, Leipzig, 1884.
- Gall (F.) et Spurzkeim (G.).** — *Anatomie et physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier avec des observations sur la possibilité de reconnaître plusieurs dispositions intellectuelles et morales de l'homme et des animaux par la configuration de leur tête.* Paris, 1818.
- Gaucher (E.) et Barbe (C.).** — Myxœdème. In *Traité de médecine et de thérapeutique* BROUARDEL et GILBERT.
- Henrot (H.).** — *Notes de clinique médicale*, Reims, 1877, p. 56. Reims, 1882.
- Houel.** — *Catalogue musée Dupuytren*, n° 435.
- Launois et Roy.** — *Etude biologique sur les géants*, chez Masson et Cie. Paris, 1905.
- Lancereaux.** — *Traité d'anatomie pathologique*, t. III, 1^{re} partie, p. 29.
- Lombroso (Ces.).** — Caso singulare di macrosomi. *Giornale ital. delle malattie veneree*, 1868 (Repris avec considérations sur les hypertrophies osseuses partielles dans *Annali universali di medicina*, t. CCXXVII, p. 305 et suiv.).

- Marie (P.).** — *Revue de médecine*, 10 avril 1886 (n° 4). *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, nos 5 et 6, t. I, 1888, 1, 2, 3, 4, 5, 6, t. II, 1889.
- Mauclair (P.).** — Leontiasis ossea. In *Traité de chirurgie* LE DENTU et DELBET.
- Noël.** — *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, dédié à Son Altesse Monsieur, numéro de mars 1779, t. LI (Paris).
- Poirier (Paul).** — *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, premier fascicule, chez Vve Babé, Paris, 1892.
- Sancerotte.** — *Mélanges de chirurgie*, 1^{re} partie, 1801, p. 407. Observ. communiqu. à l'Académie de chirurgie, 177.
- Souza Leite.** — *De l'acromégalie (maladie de P. Marie)*, in-8° chez Lecrosnier et Babé, Paris, 1890.
- Taruffi (Ces.).** — Della macrosomia. *Annali universali di medicina*, 1879, t. CCXLVII et CCXLIX.
- Testut (L.).** — *Traité d'anatomie humaine. Osteologie*, chez Doin, Paris, 1890.
- Thibierge (G.).** — Myxœdème. In *Traité de médecine* CHARCOT et DEBOVE.
- De l'ostéite déformante de Paget. *Arch. générales de médecine*, janvier 1890.
- Verga (A.).** — Caso singolare de prosopectasia in *Rendiconti del Real istituto di scienze e lettere*, Adunanza del 28 aprile, 1864.
- Wadsworth.** — A case of myxœdema, with atrophy of the optic nerves. *Boston medical and surgical Journ.* January, 1st. 1885.
-

Vu :

Le Président de la thèse,
PIERRE MARIE.

Vu :

Le Doyen,
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	7
INTRODUCTION.	13
ACROMÉGALES NON CLASSÉS	15
ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LA MALADIE DE PAGET.	33
ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LE LEONTIASIS OSSEA	37
ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LE RHUMATISME DÉFORMANT.	44
ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LES GÉANTS.	67
ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LE MYXOEDÈME	88
ACROMÉGALES CLASSÉS DANS LA SCROFULE, LA CACHEXIE EXOPHTALMI- QUE OU LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.	102
DÉCOUVERTE D'UN CRANE ACROMÉGALIQUE DANS L'ATLAS DE GALL. . .	106
CONCLUSIONS.	119
BIBLIOGRAPHIE	121
